

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Promoção da Saúde Oral
em crianças em idade escolar
Projeto “+Sorriso” - Projeto de Desenvolvimento de
Competências Clínicas Especializadas na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**Promoting Oral Health in School Age Children
“+Sorriso” Project - Specialized Clinical
Competencies Development Project in Community
and Public Health Nursing**

Autor
Ana Alexandra Rodrigues Campos

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Ernesto Jorge Almeida Morais
Professor Adjunto, Mestre

Fernanda dos Santos Bastos
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Ana Alexandra Rodrigues Campos

Porto, 2024

RESUMO

O relatório desenvolvido enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e visa espelhar as competências gerais e específicas desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, assim como refletir o projeto individual de desenvolvimento profissional elaborado.

O estágio de natureza profissional teve lugar num Agrupamento de Centros de Saúde da região norte, nomeadamente na Unidade de Saúde Pública (USP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). No que refere à orientação de estágio, esta ficou ao encargo da professora Margarida Abreu e das enfermeiras cooperantes uma especialista da USP e uma especialista da UCC. A orientação científica e deste relatório foi realizada pelos professores Ernesto Jorge e Fernanda Bastos.

A Saúde Escolar é guiada através de um programa nacional com o intuito de contribuir para que a comunidade escolar apresente mais e melhor saúde, educação, participação e equidade no acesso a serviço de saúde. O descrito ocorre através da promoção de estilos de vida saudáveis, do aumento da literacia em saúde, da redução do impacto dos problemas de saúde no aproveitamento escolar e do estabelecimento de parcerias em áreas de intervenção específicas.

A saúde oral surge como um dos eixos estratégicos e áreas de intervenção específica no âmbito da saúde escolar. Esta temática influencia diretamente a qualidade de vida e bem-estar, necessitando de ser trabalhada desde tenra idade, por forma a melhorar o conhecimento e a gestão da saúde oral no presente e prevenir o surgimento de doenças orais no futuro.

Nesse sentido, foi desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde, o projeto “+Sorriso” com o objetivo de promover a Saúde Oral das crianças na infância escolar, utilizando como estratégia de intervenção a educação para a saúde. Este projeto foi implementado num agrupamento de escolas da região norte do país, a um grupo de crianças na infância e ao grupo de pais das mesmas crianças, na medida em que nesta faixa etária as competências e conhecimentos adquiridos são também transmitidos pelos pais.

A aplicação do projeto “+Sorriso” evidência a relevância e impacto positivo das iniciativas de promoção da saúde oral em contexto escolar, enfatizando a necessidade contínua de investimento e atenção nesta área crucial da saúde comunitária e saúde pública.

Palavras-chave: Saúde Escolar; Saúde Oral; Enfermagem Comunitária; Enfermagem de Saúde Pública;

ABSTRACT

The report developed falls within the scope of the Master's Course in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing at the Nursing School of Porto, and aims to mirror the general and specific skills developed throughout the professional internship, as well as reflecting the individual professional development project prepared.

The professional internship took place in a Group of Health Centers in the northern region of Portugal, namely in a Public Health Unit (USP) and in a Community Care Unit (UCC). Regarding internship guidance, this was the responsibility of Professor Margarida Abreu and the cooperating nurses, a specialist from the USP and a specialist from the UCC. The scientific guidance and of this report were carried out by professors Ernesto Jorge and Fernanda Bastos.

School Health is guided through a national program with the aim of contributing to the school community having more and better health, education, participation and equity in access to health services. This occurs through the promotion of healthy lifestyles, increasing health literacy, reducing the impact of health problems on school performance and establishing partnerships in specific areas of intervention.

Oral health emerges as one of the strategic axes and areas of specific intervention within the scope of school health. This theme directly influences quality of life and well-being, and needs to be worked on from a young age, in order to prevent the emergence of oral diseases in the future and improve knowledge and management of oral health in the present and prevent the emergence of oral diseases in the future.

In this sense, the “+Sorriso” project was developed according to the health planning methodology, with the aim of promoting the Oral Health of children in school childhood, using health education as an intervention strategy. This project was implemented in a group of schools in the northern region of the country, with a group of children and with the group of parents of the same children, as in this age group, the skills and knowledge acquired are also transmitted by parents.

The application of the “+Sorriso” project highlights the relevance and positive impact of oral health promotion initiatives in the school context, emphasizing the continued need for investment and attention in this crucial area of community health and public health.

Keywords: School Health; Oral Health; Community Nursing; Public Health Nursing;

ABREVIATURAS

% - Percentagem

‰ - Permilagem

1.º CEB - Primeiro Ciclo do Ensino Básico

2.º CEB - Segundo Ciclo do Ensino Básico

3.º CEB - Terceiro Ciclo do Ensino Básico

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrado

ECL - Equipa Coordenadora Local

EE - Encarregados de Educação

EEECSCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FDI - Federação Dentária Internacional

GNR - Guarda Nacional Republicana

Jl - Jardim de Infância

Km² - Quilómetros quadrados

NUTS - Nomenclatura das Unidade Territoriais para Fins Estatísticos

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNL - Plano Nacional de Leitura

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PPM - Partes Por Milhões

PSP - Polícia de Segurança Pública

RBE - Rede de Bibliotecas Escolares

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOBE - Projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares

TEIP - Territórios Educativos de Intervenção Prioritária

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS NA INFÂNCIA ESCOLAR	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	33
3.3. Domínios	34
3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	34
3.4. Conceção de Cuidados	46
3.5. Especificação das intervenções	49
3.6. Síntese relativa ao caso	50
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	63
6. BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS	73

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1	Previsão de Recursos Necessários para a Execução do Projeto “+Sorriso”	47
Tabela 2	Indicador de Adesão do Grupo de Pais à Sessão de Educação Para a Saúde, a Meta a Alcançar e o Resultado Obtido	54
Tabela 3	Indicador de Adesão do Grupo de Crianças na Infância Escolar à Sessão de Educação Para a Saúde, a Meta a Alcançar e o Resultado Obtido	55
Tabela 4	Indicador de Atividade, a Meta a Alcançar e o Resultado Obtido	55
Tabela 5	Indicadores de Resultados Referentes à Utilidade do Tema e Adequação das Sessões, as Metas a Alcançar e os Resultados Obtidos	56
Tabela 6	Indicadores de Resultado Referentes às Sessões de Educação Para a Saúde com o Grupo de Crianças na Infância Escolar, as Metas a Alcançar e os Resultados Obtidos	56
Tabela 7	Indicadores de Resultado Referentes às Sessões de Educação Para a Saúde com o Grupo de Pais, as Metas a Alcançar e os Resultados Obtidos	57
Tabela 8	Indicadores de Resultado Referentes às Sessões de Educação para a Saúde com o Grupo de Crianças na Infância Escolar e com o Grupo de Pais Relacionados com a Mudança de Comportamento, as Metas a Alcançar e os Resultados da Avaliação Imediatamente Após a Sessão	58

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O relatório reflete o caminho percorrido ao longo do estágio de natureza profissional com relatório realizado, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Tem por objetivo principal espelhar o conjunto de competências gerais e específicas adquiridas e concretizadas em cada um dos contextos e que definem o perfil do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSCSP) "estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico." (Regulamento n.º 128/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8867).

No âmbito do estágio de natureza profissional realizado no módulo I e no módulo II do curso de mestrado, sob a regência da professora Margarida Abreu e com orientação científica do professor Ernesto Morais e coorientação científica da professora Fernanda Bastos, é um requisito a elaboração de um relatório que reflita a concretização das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEECS CSP. O estágio de natureza profissional módulo II, decorreu em duas unidades funcionais de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente de 19 de setembro de 2023 a 17 de novembro de 2023 na Unidade de Saúde Pública (USP) e de 22 de novembro a 26 de janeiro de 2024 na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), num total de 340 horas repartidas equitativamente entre ambas as unidades funcionais.

Foi evidente a importância de o estágio decorrer em duas unidades funcionais (USP e UCC) distintas, mas que trabalham como equipa e em estreita parceria, por forma a obter os melhores ganhos em saúde para a comunidade. Durante o percurso na USP foi possível a realização do diagnóstico de situação de saúde da comunidade e definição dos problemas prioritários para posteriormente, em articulação com a equipa da UCC, definirem-se os objetivos, indicadores e estratégias para subsequente aplicação do projeto. Desta forma, neste relatório observa-se a existência de um estudo de caso comum a dois contextos clínicos, a USP e a UCC.

A temática da saúde oral foi proposta em articulação entre os dois contextos clínicos (USP e

UCC), pelo facto de se observar que as crianças inscritas num Agrupamento de Escolas da área de abrangência do ACES, apresentavam necessidades relacionadas com o desenvolvimento infantil, nomeadamente na área da saúde oral. Esta necessidade surge ainda reforçada pelo facto de o Agrupamento de Escolas pertencer ao Território Educativo de Intervenção Prioritária (TEIP).

Perante o suprarreferido foi desenvolvido o projeto “+Sorriso” segundo a metodologia do Planeamento em Saúde. O objetivo do projeto é promover a Saúde Oral das crianças na infância escolar matriculadas no terceiro ano do primeiro ciclo do ensino básico, no ano letivo 2023/2024, de um agrupamento de escolas da região norte do país. Sendo relevante referir que foram tidas as considerações ético-deontológicas no que se refere à anonimização dos dados apresentados neste relatório.

A explanação do processo de conceção de cuidados de enfermagem, deste relatório, foi realizada com recurso à plataforma educacional “E4nursing”, que permite representar principais etapas do processo de tomada de decisão clínica com base na Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros. A plataforma educacional “E4nursing” foi desenvolvida colaborativamente pelo Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e orienta para o desenvolvimento de competências de tomada de decisão clínica e da capacidade de explanação e sistematização dos cuidados de enfermagem, tendo por base a Ontologia de Enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros. De referir que, atualmente, a ontologia de enfermagem não incorpora conteúdos pré-definidos para o cliente comunidade, tendo sido necessário inserir todos os itens de informação na estrutura de conteúdos da plataforma referida, tal facto permitiu-me contribuir para a criação de conteúdo organizado relacionado com a comunidade.

Neste relatório são ainda descritas as atividades realizadas em contexto de estágio e que não fazem parte do projeto acima mencionado, no entanto também estas foram um contributo para o desenvolvimento de competências específicas do EEECS.

Em termos de estrutura, o relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, a introdução ao relatório, a caracterização dos contextos clínicos, o planeamento em saúde: promoção da saúde oral em crianças na infância escolar, os contributos para o desenvolvimento de competências, a síntese final do relatório e a bibliografia. O segundo capítulo enquadra os contextos clínicos onde decorreu o estágio. O terceiro capítulo, referente ao planeamento em saúde, é composto por seis subcapítulos, o enquadramento teórico, o cliente, os domínios, a conceção de cuidados, a especificação das intervenções e a síntese relativa ao caso. O quarto capítulo apresenta esplanadas as competências desenvolvidas e as atividades realizadas que contribuíram para as mesmas. No último capítulo é apresentada a síntese do relatório com referência às limitações e às propostas a desenvolver no futuro que permitam o desenvolvimento da comunidade enquanto cliente de cuidados do enfermeiro especialista nesta área.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O concelho onde decorreu este estágio, pertence à região Norte que segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS III) integra a Área Metropolitana do Porto. Apresenta uma área geográfica aproximada de cerca de 130 Km². Abrange no seu território sete freguesias, nomeadamente quatro consideradas urbanas e as restantes três como rurais (Lameiras, 2018).

Indicadores Demográficos

Tendo por base o referido no Censos 2021, o concelho apresenta uma população residente de 164257 habitantes, 86266 mulheres e 77991 homens, o que se traduz num decréscimo de 0,2% no crescimento anual médio da população residente, com uma densidade populacional de 1245,1 habitantes/Km² (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022a).

Quanto à dinâmica da população pode aferir-se a ocorrência de uma diminuição da população com idades entre 0-14 anos nos últimos anos e em contrapartida um aumento da população mais envelhecida (65 ou mais anos) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022b).

Observa-se no concelho uma taxa bruta de mortalidade com valores preliminares para o ano de 2021 de 10,4‰, valor inferior ao ocorrente no continente e ligeiramente superior à região norte (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022c). No que refere à mortalidade infantil o indicador revela que esta taxa tem diminuído de forma sustentada ao longo dos anos, apresentando para o ano de 2021 um valor de 0,8‰ para o concelho (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022d).

Indicadores Socioeconómicos

No que refere ao nível de escolaridade da população portuguesa observa-se que este tem vindo a melhorar ao longo dos anos, sendo que, segundo a Fundação Francisco Manuel dos Santos (2022e). Ocorreu um aumento no número de indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados e diminuição nos com níveis mais baixos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022e). O concelho acompanha a tendência continental, verificando-se um aumento dos indivíduos com escolaridade de secundário e superior e uma diminuição dos níveis de escolaridade correspondentes ao 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico (Fundação Francisco Manuel

dos Santos, 2022e).

Os alunos matriculados no ano de 2021, em qualquer nível de ensino no concelho, eram 19922, o que correspondia a 12,1% da população residente. Dentro deste valor 3340 estão matriculados no pré-escolar, 4914 no ensino básico do 1º ciclo, 2791 no ensino básico do 2º ciclo, 4454 no ensino básico do 3º ciclo e 4423 no ensino secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022f).

Diretamente relacionado com o nível de escolaridade temos o rendimento médio mensal, na medida em que normalmente indivíduos com mais estudos apresentam melhores rendimentos. No concelho, no ano de 2019, o rendimento médio mensal era de 1016,6€, valor inferior ao observado na região norte (1100,4€) e no continente (1209,9€), tendo estes valores aumentado no concelho ao longo dos últimos anos, assim como em todo o em todo o território nacional (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

A taxa de desemprego também influencia o rendimento médio mensal, na medida em que valores mais elevados traduzem-se em rendimentos mais baixos. No ano de 2021, no concelho a taxa de desemprego apresenta valores de 11,0%, valor superior à região norte (8,4%) e ao continente (8,1%), no entanto esta percentagem tem diminuído acentuadamente ao longo dos anos no concelho e em todo o território (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022g).

Indicadores de Saúde

Conforme o Observatório Regional de Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) a condição de saúde identificada em maior proporção, na população inscrita no ACES é a de alterações do metabolismo dos lípidos, seguida do excesso de peso, hipertensão, abuso do tabaco, obesidade e perturbações depressivas. No que refere às alterações do metabolismo dos lípidos, ao excesso de peso e hipertensão a proporção para o sexo masculino e para o sexo feminino é idêntica. No entanto, no que refere à obesidade e às perturbações depressivas (23,0%) estas são marcadamente mais presentes no sexo feminino quando comparado com o sexo masculino, verificando-se para a obesidade uma proporção de 18,7% de mulheres com esta condição de saúde e de 13,0% de homens, já para as perturbações depressivas a diferença é ainda mais acentuada, existindo uma proporção de 23,0% de mulheres com esta condição de saúde, comparativamente com 6,8% de homens. Por outro lado, o sexo masculino apresenta o abuso do tabaco com uma proporção mais acentuada, com um valor de 23,1%, enquanto no sexo feminino apenas se verifica uma proporção de 12,0%. De ressaltar que o ACES acompanha a tendência da Região Norte no que refere às condições de saúde identificadas em maior proporção na população (Ministério da Saúde, 2022).

As causas de morbilidade estão diretamente relacionadas com a mortalidade da população. Em

Portugal a principal causa de morte em 2020 encontra-se relacionada com as doenças do aparelho circulatório (27,9%) seguida pelos tumores malignos (22,8%), observando-se a mesma tendência no concelho, com valores de 23,5% e 23,2% respetivamente (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022h).

Devido ao facto das doenças orais afetarem desde cedo crianças e jovens torna-se fundamental apostar na prevenção primária, isto é, acautelar os fatores de risco para o desenvolvimento de uma doença oral, antes que a mesma exista. Nesse sentido o PNPSO 2021-2025 descreve como objetivo geral reduzir as doenças orais da população.

Segundo o, mais recente, Inquérito Nacional de Prevalência de Doenças Orais na população portuguesa, que incluiu indivíduos com 6, 12 e 18 anos, assim como os pertencentes à classe dos 35-44 anos e dos 65 ou mais anos, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpod – para a dentição decídua ou CPOD – para a dentição permanente) aumentou com a idade, o que se reflete num agravamento das doenças orais na população. Apesar do descrito, o índice CPOD, aos 12 anos, apresentou uma redução de 1,77 em 13 anos, sendo o valor observado em 2000 de 2,95 e em 2013 de 1,18. De referir ainda que, verificou-se um elevado número de dentes perdidos na população idosa, por ventura relacionado com a procura tardia de cuidados de saúde oral (Calado et al., 2015).

Por forma a dar resposta ao anteriormente descrito, o PNPSO desenvolveu guias de acesso a cuidados de medicina dentária, designadamente os cheques-dentista, destinados aos grupos chave e especialmente vulneráveis. Considerando, o PNPSO 2021-2025, que a utilização do cheque-dentista é fundamental, este estabeleceu como objetivo operacional, aumentar a taxa de utilização do cheque-dentista, refletido no indicador referente à percentagem de utilização dos cheques-dentista (cheques utilizados/cheques emitidos), sendo o valor de referência para o ano de 2018 de 70% e a meta estabelecida para o ano de 2025 de 72% (Azul et al., 2021).

Segundo o Relatório de Avaliação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral no ACES, verificou-se que no ano de 2022-2023 foram emitidos 5448 cheques-dentista para as coortes de idade-chave (7, 10 e 13 anos) e utilizados 4245 cheques-dentista, o que se reflete numa taxa de utilização de 77,9% (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, 2023).

Ao analisar as coortes de idade-chave de forma individual verificou-se que foram emitidos 1653 cheques-dentista para a coorte dos sete anos, 1546 para a coorte dos 10 anos e 2249 para a coorte dos 13 anos e utilizados 1385 (83,8%), 1079 (69,8%) e 1781 (79,2%) respetivamente (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, 2023).

Perante o descrito, a percentagem de utilização dos cheques-dentista na coorte dos 10 anos encontra-se a baixo do valor de referência de 2018 e consequentemente da meta estabelecida para o ano de 2025.

Indicadores da Comunidade

No que refere aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o concelho integra um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que será referido com maior pormenor à frente. No concelho encontramos ainda um hospital privado, 34 farmácias, cinco corporações de bombeiros, um serviço municipal de proteção civil e sete estabelecimentos de forças de segurança, nomeadamente polícia municipal, três esquadras da Polícia de Segurança Pública (PSP) e dois postos territoriais da Guarda Nacional Republicana (GNR). Na área educacional, o concelho, dispõem de estabelecimentos de ensino público e privado. No que refere ao ensino público existem 11 agrupamentos de escolas que englobam 78 estabelecimentos, nomeadamente, 47 escolas de ensino pré-escolar, 42 escolas do primeiro ciclo do ensino básico (1.º CEB), 11 escolas do segundo ciclo do ensino básico (2.º CEB), 15 escolas do terceiro ciclo do ensino básico (3.º CEB), seis escolas de ensino secundário e cinco escolas de ensino profissional. No que refere à rede solidária e privada ligada à educação no concelho existem 30 creches, 26 escolas de ensino pré-escolar, seis escolas do 1.º CEB, três escolas do 2.º CEB, três escolas do 3.º CEB, duas escolas de ensino secundário, duas escolas de ensino profissional e uma escola de ensino artístico (C.M.G, 2023a).

No que refere à oferta relativamente a centros de atividades de tempos livres para crianças e jovens existem no concelho sete opções com capacidade para 416 indivíduos. Enquanto respostas para crianças e jovens em situação de emergência dispõem de uma unidade com capacidade para 22 indivíduos e duas casas de acolhimento de crianças e jovens com capacidade para 92 indivíduos (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2023). Relativamente a recintos desportivos municipais, o concelho dispõe de 15 recintos, dentro dos quais um Pavilhão Multiusos, um Pavilhão de Centro de Multivalências, cinco pavilhões associados a estabelecimentos de ensino e oito pavilhões municipais (C.M.G, 2023b).

No que diz respeito ao leque de oferta para os mais idosos, o concelho tem ao dispor 15 estruturas residenciais para pessoas idosas, 10 centros de dia, 21 unidades de serviço de apoio domiciliário, quatro centros de atividade e capacitação para a inclusão, dois centros de atendimento, acompanhamento e reabilitação social para pessoas com deficiência e incapacidade, oito centros de convívio, três lares residenciais para portadores de deficiência, uma Unidade de Convalescença, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, uma Unidade de Longa Duração e Manutenção e duas equipas de cuidados continuados integrados pertencentes às duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) do ACES (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2023).

Caracterização do Agrupamento de Escolas

Por definição os agrupamentos de escolas são uma “unidade organizacional, dotada de órgãos

próprios de administração e gestão, constituída por estabelecimentos de educação pré-escolar e escolas de um ou mais níveis e ciclos de ensino” (Decreto-Lei n.º 75/2008, do Ministério da Educação, 2008, p.2344).

Um agrupamento de escolas apresenta como missão “dotar todos e cada um dos cidadãos das competências e conhecimentos que lhes permitam explorar plenamente as suas capacidades, integrar-se ativamente na sociedade e dar um contributo para a vida económica, social e cultural” (Decreto-Lei n.º 75/2008, do Ministério da Educação, 2008, p.2341).

No que refere à oferta educativa, o agrupamento escolar deste contexto, é composto por oito estabelecimentos de ensino, dos quais três jardins de infância, duas escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico, duas escolas básicas e uma escola secundária, englobando um total de cerca de 1274 alunos distribuídos pelos diferentes níveis de ensino.

Este agrupamento encontra-se inserido no Programa dos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP), na medida em que apresenta um “elevado número de alunos em risco de exclusão social e escolar, identificados e selecionados a partir da análise de indicadores de resultados do sistema educativo e de indicadores sociais dos territórios em que as escolas se inserem.” (Despacho normativo n.º 20/2012 do Ministério da Educação e Ciência, 2012, p.33345). Por forma a combater o anteriormente descrito o programa apresenta como objetivos: “A melhoria da qualidade da aprendizagem traduzida no sucesso educativo dos alunos; O combate ao abandono escolar e às saídas precoces do sistema educativo; A criação de condições que favoreçam a orientação educativa e a transição qualificada da escola para a vida ativa; A progressiva articulação da ação da escola com a dos parceiros dos territórios educativos de intervenção prioritária.” (Despacho normativo n.º 20/2012 do Ministério da Educação e Ciência, 2012, p.33344-33345).

Os TEIP foram criados pelo Ministério da Educação no ano de 1996 através do Despacho n.º 147-B/ME/96, de 1 de agosto. À época, este despacho permitiu a criação de um modelo que permitisse uma maior autonomia aos estabelecimentos de ensino assim como a descentralização e distribuição de poder no processo educativo.

A partir do ano letivo de 2012-2013, desenvolveu-se o Programa TEIP de 3.ª geração (TEIP3), sendo este mais direcionado para a realização de ações, identificadas pelas escolas como, promotoras da aprendizagem e do êxito educativo, que possibilitem a gestão adequadas dos recursos disponíveis e, dessa forma, potenciar os resultados alcançados (Despacho normativo n.º 20/2012 do Ministério da Educação e Ciência, 2012).

Caracterização do Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte

A criação, estruturação e funcionamento dos ACES foi definida através do Decreto-Lei n.º

28/2008 do Ministério da Saúde. Este documento define ACES como “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” e “têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1182-1183).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), dirigido pelo Ministério da Saúde, organizava-se territorialmente, à data de início do estágio, em cinco regiões de saúde, sendo uma delas a ARSN (Decreto-Lei n.º 52/2022 do Ministério da Saúde, 2022). A ARSN apresenta, como serviços desconcentrados, 21 ACES, dentro dos quais se encontra este ACES (Administração Regional de Saúde do Norte, 2023). Tendo por base o disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, o ACES encarrega-se da “promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”, da “vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados”, assim como da “formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua” (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1183).

Em concordância com o artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, o ACES apresenta como órgãos de administração e fiscalização, o diretor executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade. Os ACES constituem-se por diferentes unidades funcionais formadas por equipas multidisciplinares com autonomia técnica e organizativa que trabalham em rede com as demais unidades, sendo de evidenciar que cada ACES tem somente uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma URAP. (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008).

No caso específico deste ACES, este é constituído por 14 Unidades de Saúde Familiar, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, um Centro de Diagnóstico Pneumológico, uma Unidade de Saúde Pública (USP) e duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Observa-se ainda como unidades de apoio do ACES a Unidade de Apoio à Gestão, uma Equipa Coordenadora Local e o gabinete do cidadão. No que diz respeito aos recursos humanos existentes, verificam-se 139 enfermeiros, 117 médicos, 108 assistentes técnicos, 64 médicos internos, 38 assistentes operacionais e 18 técnicos superiores (Ministério da Saúde, 2017).

Caracterização da Unidade de Saúde Pública

Tendo por base o referido no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, a Unidade de Saúde Pública funciona como “observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em

domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.” (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184).

A equipa da USP é constituída por “médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental” (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184). Atualmente a equipa da USP do ACES é composta por seis médicos de saúde pública, três enfermeiras, quatro técnicas de saúde ambiental, duas administrativas, uma assistente operacional e três médicos internos.

No que refere à coordenação da USP esta encontra-se ao encargo de um médico de saúde pública que foi “designado de entre médicos da especialidade de saúde pública habilitados com o grau de consultor e com experiência efetiva na especialidade.” (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1185). A área de abrangência da USP corresponde à do ACES, referindo-se assim à área geográfica do concelho, com exceção de uma das freguesias. Sendo que esta freguesia pertence à área de abrangência de outro ACES (Portaria n.º 310/2012 da Presidência do Concelho de Ministros e dos Ministérios das Finanças e da Saúde, 2012).

Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

Segundo o artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, a UCC “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184).

A coordenação da UCC está à responsabilidade de uma enfermeira especialista que foi designada “de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional.” Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184). A UCC iniciou atividade a 1 de junho de 2011. Atualmente é composta por uma equipa multidisciplinar, onde se verifica a existência de 14 enfermeiros, dois médicos, três assistentes sociais, uma nutricionista, uma secretária clínica e uma assistente operacional (Ministério da Saúde, 2017).

Esta UCC abrange 54675 utentes, dos quais 42412 utentes (78,12%) pertencem a uma união de freguesias do concelho, 6817 utentes (12,47%) a outra união de freguesias do concelho e por fim 5146 utentes (9,41%) a outra união de freguesias do concelho (Ministério da Saúde, 2017).

A respeito da distribuição por género, o sexo feminino tem maior representatividade, apresentando 28574 utentes (52,3%), comparativamente com o sexo masculino com 26101 utentes (47,7%). No que tange à distribuição etária dos utentes da UCC, 4,69% (2543) apresentam idade inferior ou igual a seis anos, 69,98% (37983) tem idade compreendida entre os sete e os 64 anos, 13,69% (7429) tem idade compreendida entre os 65 e os 74 anos e 11,65% (6324) tem idade superior ou igual a 75 anos. O índice de dependência total dos utentes abrangidos pela UCC é de 57,16%, dentro dos quais 39,82% são idosos e 17,34% são jovens (Ministério da Saúde, 2017).

No que refere aos projetos desenvolvidos e atualmente em curso, pela UCC e pela ECCL, estes abrangem as mais diversas temáticas: Projeto viver melhor respirar melhor – DPOC; Cuidar de Quem Cuida; Projeto Mais Família; Projeto Crescer Juntos – Saúde da Mulher, da Criança e do Jovem (Projeto da preparação para o parto; Promoção e desenvolvimento da Parentalidade; Curso de Massagem Infantil; Cantinho da Amamentação); Projeto da Sexualidade e Afetos; Projeto Mais Contigo; Projeto Higiene do Sono e Repouso e o Projeto da Saúde Oral.

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS NA INFÂNCIA ESCOLAR

A Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de um concelho da região norte do país, verificaram que as crianças inscritas num dos agrupamentos de escola da área de influência do ACES apresentavam necessidades relacionadas com o desenvolvimento infantil, nomeadamente na área da saúde oral. Aliado a estas necessidades verificou-se ainda que, o referido agrupamento de escolas, pertence aos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP). Neste sentido existe a necessidade do EEECSOSP intervir na comunidade deste agrupamento através de um projeto dirigido à comunidade escolar, tendo em vista a promoção da saúde, prevenção da doença, readaptação e reinserção em todos os contextos de vida, relacionados com a saúde oral.

3.1. Enquadramento teórico

Após a apresentação do cenário clínico inicial, no qual foi descrita de forma sucinta a condição alvo de cuidados, será desenvolvido um enquadramento teórico onde se apresenta a informação resultante da pesquisa bibliográfica e que se apresenta relevante para a compreensão da temática da saúde oral.

Seguidamente, é referido um domínio, que neste cenário clínico se pode entender como um agregador conceptual dos focos de atenção de enfermagem pertinentes para a conceção de cuidados, e respetiva fundamentação teórica. Depois, apresentam-se as etapas de diagnóstico de situação, determinação das prioridades, fixação dos objetivos, seleção de estratégias e preparação operacional da metodologia de planeamento em saúde.

No subcapítulo de conceção de cuidados são apresentadas as quatro classes de informação que permitem representar os elementos críticos do processo de tomada de decisão num plano de cuidados: *dados* que resultam da apreciação inicial e avaliação final realizadas, *diagnósticos*, *objetivos* e *intervenções de enfermagem*.

Apesar de a ontologia de enfermagem que suporta a plataforma "E4nursing" ainda não incorporar itens de informação direcionados para a comunidade como cliente de cuidados, trabalho que se encontra atualmente em desenvolvimento, optou-se por seguir a sua matriz atual e, ao criar de raiz todos os itens de informação, ir de encontro ao modelo concetual e de referência da mesma.

Seguidamente especificam-se os aspetos que permitem operacionalizar as intervenções prescritas.

No caso clínico apresentado existiram dois momentos de contacto com o grupo, identificados como sessões, com as seguintes datas, 02 de outubro de 2023 e 16 de janeiro de 2024.

No subcapítulo “síntese relativa ao caso” apresentam-se as etapas de execução e avaliação, etapas finais da metodologia de planeamento em saúde.

Saúde Oral

Uma componente essencial para a manutenção ajustada do estado de saúde é garantir uma adequada saúde oral, na medida em que ambos se encontram intrinsecamente relacionados (Kaushik & Sood, 2023).

A Saúde Oral é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o “estado da boca, dos dentes e das estruturas orofaciais que permite aos indivíduos desempenhar funções essenciais, como comer, respirar e falar, e abrange dimensões psicossociais, como autoconfiança, bem-estar e capacidade de socializar, trabalhar sem dor, desconforto e constrangimento.” (Organização Mundial da Saúde, 2023, s.p.) Já a Federação Dentária Internacional (FDI) descreve a saúde oral como a capacidade de sorrir, falar, cheirar, degustar, tocar, mastigar, deglutir, transmitir emoções através das expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial (Glick et al., 2017).

As doenças orais apresentam “impacto sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar das crianças e jovens, podendo interferir drasticamente com o seu crescimento”. Nesse sentido, a saúde oral concorre positivamente para o bem-estar geral dos indivíduos e promove as relações interpessoais (Azul et al., 2021; Gold & Tomar, 2016).

Apesar de todos os esforços para diminuir a ocorrência de cárie dentária, esta ainda representa atualmente um grave problema de saúde pública, devido ao impacto que apresenta na qualidade de vida, aos elevados custos associados aos tratamentos dentários, às desigualdades de acessos, assim como, à associação com outras condições de saúde, como por exemplo as doenças cardíacas.

A cárie dentária descreve-se como “uma doença multifatorial, infecciosa de origem bacteriana, transmissível, pós eruptiva e influenciada pela dieta. Esta é provocada por bactérias que são responsáveis pela desmineralização das estruturas dentárias” (Dias, 2015, p. 30).

Inúmeros estudos demonstram que a prevalência das doenças orais, como é o caso da cárie dentária e os comportamentos de saúde oral são influenciados por determinantes demográficos e socioeconómicos, ocorrendo maior prevalência de cáries nos indivíduos com menor grau académico e consequentemente menor literacia em saúde. Por outro lado, a precariedade

socioeconómica dificulta o acesso a alimentos mais adequados e saudáveis, a serviços de saúde e a produtos para a higiene oral (Dias, 2015; Nicolau et al., 2005; Pereira et al., 2013; Powell et al., 1986; Steele et al., 2015).

Um estudo transversal, demonstrou que os hábitos alimentares e os hábitos de higiene oral estão fortemente relacionados com o surgimento de cáries dentárias na infância. O mesmo estudo, verificou ainda que as crianças em idade escolar das regiões urbanas apresentam maior acesso a alimentos açucarados e que os consomem com mais frequência, quando comparadas com as crianças em idade escolar de regiões rurais (Yadav et al., 2022).

Segundo o Barómetro da Saúde Oral de 2023, apenas 41,1% da população portuguesa apresenta a dentição completa, ou seja quase 60% da população tem falta de dentes naturais (excluindo os dentes do siso). Observa-se ainda que 78,8% afirma realizar escovagem dos dentes com a frequência de pelo menos duas vezes por dia, sendo este valor 5,7 pontos percentuais superior ao verificado no ano de 2022 (73,1%). Realça-se que conquanto a frequência de escovagem tenha aumentado, o uso de fio dentário e de elixir reduziu ligeiramente de 2022 para 2023 passando de 8,5% para 7,7% e de 10,4% para 9,9%, respetivamente (Ordem dos Médicos Dentistas, 2023a).

Em Portugal, a prevalência de cárie dentária tem vindo, nos últimos anos, a decrescer nas crianças, tal facto poderá estar relacionado com a implementação de programas de saúde oral. Segundo o Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, a dentição decídua livre de cáries, dos portugueses aos 6 anos de idade, aumentou de 33% para 54% entre 2000 e 2013 (Calado et al., 2015). Apesar do cenário descrito ser positivo, a implementação dos programas existentes e de projetos no âmbito da saúde oral são importantes para que as metas para 2025, definidas no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, sejam alcançadas, nomeadamente de 80% de crianças livres de cárie aos 6 anos (Azul et al., 2021).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) visa dar continuidade às “estratégias que têm vindo a ser desenvolvidas, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento precoce das doenças orais” (Azul et al., 2021, p.1). Este refere ainda que, a saúde oral alicerça-se na alimentação saudável, na higiene oral e no reforço da resistência dentária, as quais são influenciadas pelo estilo de vida, condições socioeconómicas e fatores individuais (Azul et al., 2021).

Em Portugal as intervenções de promoção e educação no âmbito da saúde oral apresentam um papel notável. Um exemplo disso é a parceria entre a Direção-Geral da Saúde (DGS), o Plano Nacional de Leitura (PNL) e a Rede de Bibliotecas Escolares (RBE), da qual surgiu o Projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE) (Azul et al., 2021). A realização de atividades de promoção e educação neste âmbito revelam-se de grande importância em termos de prevenção primária, na medida em que as doenças orais afetam desde muito cedo as crianças e os jovens (Portaria n.º 301/2009 do Ministério da Saúde, 2009).

No momento atual o projeto SOBE inclui, para além das intervenções relacionadas com a saúde oral, outras áreas de educação e literacia para a saúde e bem-estar dos indivíduos, passando então a denominar-se de SOBE+. Entenda-se por literacia em saúde a capacidade de o indivíduo obter e compreender as informações básicas de saúde necessárias para a toma de decisões relacionadas com a mesma (Sullivan et al., 2022).

As crianças em idade escolar não têm ainda a capacidade para se responsabilizar e realizar escolhas autónomas, tal facto torna o papel dos pais crucial para a manutenção da saúde oral (Saheb et al., 2023), assim como para a adoção de hábitos de higiene adequados e para a realização de escolhas alimentares protetoras da saúde oral.

É imperioso e desejável manter as gengivas e os dentes saudáveis durante todo o ciclo vital e, para que tal ocorra, são cruciais os cuidados básicos de saúde oral. A promoção destes cuidados deve iniciar-se desde tenra idade. Por esse motivo é fundamental o envolvimento dos pais e durante a fase escolar, também dos agentes educativos e dos profissionais de saúde de forma continuada para assegurar resultados mais duradouros (Azul et al., 2021; Calcagnile et al., 2019).

Sabe-se ainda que as crianças aprendem por imitação, assim sendo a consciencialização, o conhecimento e as atitudes dos pais são fundamentais para o correto desenvolvimento no que refere à saúde oral da criança (Helal et al., 2022; Kaushik & Sood, 2023; Singh et al., 2022;).

Segundo Mass et al. (2012) a parentalidade é caracterizada como parte essencial para o auxílio no desenvolvimento saudável da criança.

A expressão parentalidade faz referência ao conjunto de atos realizados pelos pais que visam a promoção desenvolvimental dos filhos, da forma mais adequada e ajustada, recorrendo aos meios disponíveis no seio familiar ou comunitário onde se inserem (Cruz, 2013).

Seguindo esta linha de pensamento, os pais influenciam, em diferentes partes do desenvolvimento, as crianças, quer nos processos cognitivos, como nos interpessoais e nos comportamentais (Cudmore, 2012). Os pais apresentam, assim, um papel significativo na prevenção das doenças orais e na promoção da saúde oral das crianças, reforçando a pertinência e importância de capacitar os mesmos para que sejam modelos adequados para as crianças.

Torna-se relevante que os pais, apresentem um papel parental desenvolvimental, isto é, que procedam através de comportamentos e ações que promovam cuidados com base no padrão considerado esperado e conhecido para a respetiva fase do desenvolvimento infantil (Sousa, 2012).

Como anteriormente referido, a cárie dentária é na atualidade um problema de saúde pública que se encontra mais presente nas sociedades desenvolvidas, sendo a principal causa de perda

dentária, fortemente associada à presença de microrganismos cariogénicos e de uma dieta rica em açúcares e hidratos de carbono (Dias, 2015). Por forma a combater a cárie dentária, existem vários estudos que apontam que, uma estratégia adequada é a aplicação precoce de selantes de fissuras nos molares decíduos, nos pré-molares e nos molares permanentes (Azul et al., 2021; Chen et al., 2020).

Segundo a American Dietetic Association (ADA) também a alimentação é parte integrante da saúde oral, e nesse sentido torna-se imperioso conhecer e identificar os alimentos cariogénicos e cariostáticos para dessa forma adequar as escolhas, ao mesmo tempo que se melhoram os hábitos alimentares (Touger-Decker & Mobley, 2007 como citado em Hamana, 2019).

Os alimentos cariogénicos são aqueles que apresentam carboidratos fermentáveis por microrganismos, como é o caso dos refrigerantes, doces e *fast-food*. Estes alimentos caracterizam-se por conter na sua composição mono e dissacarídeos e serem naturalmente solúveis na saliva o que dificulta a remoção destes da cavidade oral, ao mesmo tempo que causam diminuição do pH (menor ou igual a 5,5) da cavidade oral e desmineralização quando entram em contacto com os microrganismos próprios da cavidade. Os alimentos cariostáticos não são metabolizados pelos microrganismos que causam placa bacteriana e não promovem a diminuição do pH da cavidade oral para valores iguais ou inferiores a 5,5. São exemplo destes alimentos os ovos, as carnes e grande parte dos vegetais (Bolan, 2007 como citado em Hamana, 2019). Perante o referido torna-se relevante informar a cerca dos alimentos e bebidas que apresentam baixo e alto potencial cariogénico ou erosivo ao mesmo tempo que se promove uma alimentação equilibrada (Hamana, 2019).

A ocorrência de cárie dentária pode ser prevenida através de medidas de prevenção primária como é o caso da educação para a saúde, através da promoção de hábitos de higiene oral adequados, consultas periódicas de medicina dentária ("cheque-dentista"), hábitos alimentares saudáveis e da promoção da literacia.

O Plano Nacional de Saúde refere como fundamental a realização de intervenções que permitam promover e proteger a saúde, através da promoção da literacia em saúde e da promoção da saúde em meio escolar, principalmente nas idades mais jovens, nesse sentido realizar intervenções em meio escolar relacionadas com a saúde oral são preponderantes (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A saúde oral é um dos principais eixos estratégicos e áreas de intervenção no âmbito da saúde escolar. Trabalhar as competências e conhecimentos dos estudantes, dos profissionais de educação e dos pais potencia a adoção de hábitos e estilos adequados nos que refere à saúde oral (Azul et al., 2021).

Seguindo a linha da promoção da saúde em contexto escolar, os eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) assentam na “adaptação dos modelos holístico da saúde e

dos determinantes da saúde às características da comunidade educativa” através de seis eixos específicos, sendo o primeiro deles a capacitação (Amann et al., 2015, p. 21). O processo de capacitar os indivíduos no ciclo de vida escolar concorre para melhorar o nível de literacia para a saúde, envolve a comunidade educativa e incentiva a diversidade de práticas. Salientando-se que “capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais” (Amann et al., 2015, p. 22).

No que refere à capacitação na área da saúde oral, o PNPSO define que o plano de intervenção se baseie na “promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida, em particular nos ambientes onde as crianças vivem e estudam” e recomenda a realização da escovagem dos dentes, pelo menos, duas vezes por dia e que uma delas ocorra nas escolas do 1.º CEB (Amann et al., 2015, p. 27).

Tal como referido anteriormente, O PNPSO apresenta, como medida de combate aos problemas de saúde oral e às desigualdades em saúde, a emissão de cheques-dentista a público-alvo. Entenda-se, cheque-dentista como uma guia de acesso gratuito a um conjunto de cuidados de medicina dentária (Azul et al., 2021). As idades-chave integradas no esquema de intervenção individualizada são 4, 7, 10 e 13 anos. A emissão de cheque-dentista na coorte dos 4 anos é realizada pelo médico de família do SNS. Nas coortes dos 7, 10 e 13 anos, a escola elabora listagens das crianças por turma e ano de nascimento e os cheques-dentista são emitidos pela USP da área de abrangência da escola. O PNPSO, designadamente o cheque-dentista, é apoiado pelo Sistema de Informação para a Saúde Oral, uma plataforma informática que possibilita o registo, a colheita e a pesquisa de informação relacionado com a saúde oral, de acordo com, a responsabilidades dos intervenientes (Azul et al., 2021).

Metodologia do Planeamento em Saúde

O presente subcapítulo descreve a opção metodológica selecionada para o desenvolvimento do relatório, assim como para o projeto de intervenção comunitária implementado, projeto “+Sorriso”, por via da metodologia do Planeamento em Saúde.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde descreve-se como a melhoria dos recursos limitados tendo em vista alcançar as metas estabelecidas, possibilitando a mitigação dos problemas de saúde considerados prioritários, sendo ao mesmo tempo descrito como um processo dinâmico e contínuo permitindo a realização de ajustes ao longo do processo. O Planeamento em Saúde não faz referência apenas à planificação dos serviços de saúde, implica também o envolvimento dos diferentes setores que influenciam a saúde da população.

Os cuidados centrados na população fazem parte da prática de enfermagem quando a mesma é

focada na comunidade como cliente, sendo o principal foco, das intervenções de enfermagem, melhorar a saúde da comunidade como um todo (Stanhope & Lancaster, 2011).

A necessidade premente do Planeamento em Saúde é fundamentada pelo carácter indispensável de definir prioridades e por possibilitar que a intervenção abranja diferentes setores, evitando intervenções individuais e mais dispendiosas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992).

O Planeamento em Saúde é fundamental para uma correta caracterização das necessidades de saúde da população e serviços e uma adequada gestão dos recursos para concretização de objetivos exequíveis, com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (Imperatori & Giraldes, 1993). Com a operacionalização desta metodologia, pretende-se promover mudanças, constituindo um processo pelo qual se constrói um futuro melhor do que o presente, mudando o que é necessário e identificado como problema.

Neste sentido, a metodologia utilizada envolve diferentes etapas: o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação (Tavares, 1992).

No diagnóstico de situação, a primeira etapa do Planeamento em Saúde, são identificados os problemas de saúde de uma população específica e determinadas as necessidades existentes (Tavares, 1992). Esta etapa relaciona-se diretamente com a seguinte, a definição de prioridades.

A “definição, escolha ou seleção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 63). Nesta etapa os problemas de saúde identificados são posicionados de forma hierárquica segundo critérios de priorização.

A terceira etapa, refere-se à fixação de objetivos relacionados com os problemas prioritários, devendo ser relevantes, concretos, exequíveis e mensuráveis, na medida em que apenas assim será possível proceder à avaliação dos resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

A seleção de estratégias “é uma das etapas fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.”, sendo necessário apresentar conjuntamente uma estimativa dos custos associados ao desenvolvimento do programa e/ou projeto (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

A penúltima fase do planeamento, a preparação operacional é relevante para o êxito do programa ou projeto criado, sendo nela descritas as entidades envolvidas e estipulado o calendário de atividades a executar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 173) “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. Nesta etapa torna-se preponderante realizar a distinção entre a avaliação a curto prazo, refletida em indicadores de

atividade e a avaliação a médio prazo, perante indicadores de resultado. Finda a avaliação o processo de planeamento reinicia, isto é, volta à primeira fase do planeamento com a atualização do diagnóstico de situação e assim subsequentemente.

A partir daqui, as etapas do Planeamento em Saúde, descritas anteriormente, serão apresentadas no âmbito da explanação do processo de conceção de cuidados.

A conceção de cuidados é um processo cognitivo de tomada de decisão, que deriva da realização de uma escolha entre várias possibilidades existentes e que pode ocorrer em diversos momentos (Malloy-Diniz et al., 2018). Esta tem como objetivo sustentar a tomada de decisão criteriosa segundo os conhecimentos científicos e a experiência, assim como promover a definição e implementação de padrões e procedimentos adequados à prática de enfermagem especializada.

Neste sentido a ESEP, em parceria com a Ordem dos Enfermeiros e os contributos dos colégios de especialidades, desenvolveu a plataforma *online* “NursingOntos” por forma a representar, num local único, o conhecimento da ontologia de enfermagem e assim agrupar informação, que faz parte da conceção de cuidados, em dados de avaliação inicial, focos de atenção e diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem.

Comunidade enquanto cliente na perspetiva da Conceção dos Cuidados

A definição do cliente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública expressa na literatura engloba conceitos como comunidade, população, subpopulação, agregado, grupo e subgrupo, que, reiteradamente, partilham características.

Warren (1978) define comunidade como “a combinação de unidades sociais e sistemas que desempenham as principais funções sociais relacionadas com a relevância da localidade”. A comunidade abrange na sua composição as famílias, os agregados e os grupos e resulta da interação entre eles (como citado em Schultz, 1987, p.76)

De acordo com Melo (2020, p.50) a comunidade descreve-se como “um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem”. Depreende ainda a existência de um sentido de identidade com partilha de objetivos comuns, condições de saúde, valores, normas e características demográficas (Anderson & Mcfarlane, 2018; Associação Americana de Enfermeiros, 2013; Melo, 2020; Rector, 2016).

Já população, segundo a Associação Americana de Enfermeiros (2013), faz referência ao número de indivíduos residentes numa área geográfica definida. A mesma entidade afirma ainda que o cliente é a população e no caso do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária,

envolve o grupo ou a comunidade.

Já Williams (1977), define agregado como “um grupo de indivíduos que têm em comum uma ou mais características pessoais ou ambientais”, sendo recorrente adicionar um limite temporal ou geográfico para especificar o agregado (como citado em Schultz, 1987, p. 74).

Segundo Schultz (1987) os enfermeiros especialistas em saúde comunitária apresentam como clientes de cuidados os grupos com problemas de saúde próprios, os agregados, as populações e as comunidades.

Schultz (1987) refere ainda que na literatura ainda existe pouca evidência teórica no que refere a teorias de enfermagem que retratem a comunidade enquanto cliente.

O termo grupo faz referência a uma associação entre pessoas que apresentam relacionamentos dependentes entre si (Sampson & Marths, 1977, como citado em Schultz, 1987).

Perante uma visão mais pormenorizada, é possível definirem-se grupos que integram indivíduos com condições de saúde particulares, apresentam o mesmo padrão comportamental teoricamente prejudicial para a saúde, fatores de risco ou situações de emergência sanitária (Associação Americana de Enfermeiros, 2013; Stanhope & Lancaster, 2020).

O termo "grupo" depreende a existência de propósitos comuns e a possibilidade de cada indivíduo poder influenciar e ser influenciado (Zimerman, 2000). Estes podem existir como forma de resposta a uma necessidade existente, como acontece no âmbito da promoção da saúde (Monteiro et al., 2005; Silva et al., 2006).

Na área da saúde, a enfermagem de saúde comunitária, destaca-se como a especialização dentro da enfermagem que capacita comunidades para que estas alcancem melhores resultados em saúde (Regulamento n.º 428/2018 da República Portuguesa, 2018). Reconhecendo que as competências concedidas ao EEECS CSP são cruciais para a realização de intervenções comunitárias diferenciadas.

Torna-se evidente que a comunidade desempenha um papel central no que refere à prática de enfermagem do EEECS CSP. É da incumbência dos enfermeiros especialistas nesta área, a promoção da saúde e proteção da doença na comunidade através de uma abordagem focada nas necessidades específicas da comunidade.

No contexto do caso clínico entende-se que o cliente é a comunidade escolar e o domínio de atenção é o grupo de crianças na infância escolar matriculadas no 3.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico, no ano letivo 2023/2024, que partilham o mesmo agrupamento de escolas da região norte do país e uma necessidade de saúde, relacionada com a infância escolar do grupo, mais concretamente no âmbito da saúde oral.

Conceção de cuidados baseada na Teoria das Transições

Para Meleis et al. (2000) a transição representa uma alteração de situação, ou seja, uma mudança de um estado, condição ou lugar para outro, sendo que para que o descrito ocorra é necessário que o indivíduo incorpore conhecimentos, ajuste a sua definição do eu e altere comportamentos (Guimarães & Silva, 2016).

A teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis et al. (2000), a Teoria das Transições, foca-se na compreensão dos processos através dos quais os indivíduos enfrentam e lidam com a mudança ao longo do ciclo vital ao mesmo tempo que funciona como ponto basilar para as intervenções de enfermagem na medida em que permite resultados benéficos e facilitadores do bem-estar geral.

A Teoria descreve o tipo, os padrões e as propriedades das transições bem como as condições dificultadoras e facilitadores do processo transacional, funcionando como guia orientador da prática de enfermagem e ressaltando a pertinência da disciplina no auxílio deste processo (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

A Teoria explana, quanto à sua natureza, quatro tipos de transições com maior relevância para a enfermagem: transição desenvolvimental, transição situacional, transição saúde/doença e transição organizacional (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000). Sendo que, as transições podem ocorrer em diferentes situações e desencadeiam mudanças de comportamentos.

No caso específico da transição desenvolvimental, esta faz referência a mudanças no ciclo vital, quer individuais quer familiares. Baseado no descrito anteriormente, as crianças na infância escolar vivenciam as mais variadas mudanças, desde as relacionadas com a introdução de novos desafios cognitivos e sociais associados ao meio escolar, às relacionadas com a saúde, demonstrando a ocorrência de uma transição desenvolvimental nas crianças nesta fase do ciclo vital.

Nomeadamente no que refere à saúde oral, como quando ocorre a erupção dos primeiros dentes e posterior troca para a dentição permanente ou no desenvolvimento da autonomia no que refere à higiene oral, também aqui estamos perante uma transição desenvolvimental associada à respetiva fase do ciclo vital.

Ao mesmo tempo, o nascimento de um filho, representa uma transição crucial no ciclo de vida familiar, que implica a complexificação do sistema familiar, pois exige que o pai e a mãe aprendam novas tarefas e novos papéis, como cuidar da criança, reorganizar-se individual, conjugal e profissionalmente e por esse motivo também representa uma transição no ciclo vital do tipo desenvolvimental. A transição para a parentalidade é uma das maiores transformações que o seio familiar enfrenta e faz referência a um processo irreversível que fomenta mudanças a nível pessoal e interpessoal, conforme os pais se constroem enquanto pais.

A presença de uma criança no ambiente familiar exige por parte dos pais, respostas comportamentais, cognitivas e emocionais díspares ao mesmo tempo que implica uma redefinição do seu papel como cuidadores e educadores.

Na lógica do planeamento em saúde, ao longo do processo de transição é fundamental o recurso a terapêuticas em enfermagem. Estas fazem referência às ações propositadamente implementadas para cuidar do cliente de cuidados, incorporando quer as intervenções, quer os objetivos de enfermagem (Meleis, 2007).

As terapêuticas de enfermagem, mobilizam-se mediante três eixos, a promoção, a prevenção e a intervenção, associados ao desempenho de papéis, por forma a coadjuvar no processo de transição saudável.

Recorrer a terapêuticas de enfermagem direcionadas para o conhecimento e para a capacidade, apresenta-se como uma condição facilitadora da transição pelo indivíduo, pois permite desencadear respostas positivas à transição e que promovam o bem-estar. Para além do descrito, as intervenções terapêuticas em enfermagem, englobam ainda as intenções ou objetivos e os modelos de terapêuticas (modelos de cuidados transacional, suplementação do papel, *debriefing* - prática reflexiva que permite escrutinar os pressupostos e práticas após uma ação) (Guimarães & Silva, 2016).

O enfermeiro especialista em saúde comunitária apresenta competências únicas para o desenvolvimento de estratégias que promovam o bem-estar dos pais, ao mesmo tempo que contribui para o desenvolvimento saudável e enriquecedor da própria criança. De referir que, no planeamento de cuidados realizado neste relatório, foi dada ênfase à exploração do conhecimento e capacidade como condições facilitadoras ou inibidoras da transição.

A promoção de cuidados transacionais reflete a valorização do grupo (Guimarães & Silva, 2016). Seguindo a mesma linha de pensamento também no caso do enfermeiro especialista em saúde comunitária, a promoção destes cuidados valorizam a comunidade, na medida em que se pretende o desenvolvimento e crescimento baseado no equilíbrio e estabilidade da comunidade.

3.2. Clientes

Cliente

Comunidade

3.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 08:30	Grupo de crianças na infância escolar	

3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A seleção do domínio de atenção baseou-se no cenário inicial apresentado e no enquadramento teórico que sustenta a conceção de cuidados aqui representada. Assim sendo, o domínio selecionado é “Grupo de crianças na infância escolar” e a temática abordada a saúde oral.

O termo grupo faz referência a um conjunto de indivíduos que partilham condições de saúde particulares, apresentam fatores de risco comuns e o mesmo padrão comportamental teoricamente prejudicial para a saúde (Associação Americana de Enfermeiros, 2013; Stanhope & Lancaster, 2020). Este termo implica ainda a possibilidade de cada indivíduo influenciar e ser influenciado (Zimmerman, 2000).

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (1990) a infância revela-se como uma categoria social com início no nascimento e término aos 18 anos de idade.

A mesma convenção refere que a educação é um direito que “(...) deve destinar-se a promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicas, na medida das suas potencialidades.”, referindo ainda que “(...) deve preparar a criança para uma vida adulta ativa (...)” (Convenção dos Direitos da Criança, 1990).

A educação escolar engloba “os ensinos básico, secundário e superior” (Lei n.º 46/1986, da Assembleia da República, 1986, p. 3069). Especificamente no ensino básico este abrange “três ciclos sequenciais, sendo o 1.º de quatro anos, o 2.º de dois anos e o 3.º de três anos” (Lei n.º 46/1986, da Assembleia da República, 1986, p. 3070).

O grupo de crianças na infância escolar ao qual se refere este caso clínico são as matriculadas no 3.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico, no ano letivo 2023/2024, que partilham o mesmo agrupamento de escolas da região norte do país e uma necessidade de saúde comum relacionado com a saúde oral.

A Saúde Oral é definida pela OMS (2023) como a condição das estruturas orofaciais e dos dentes, na medida em que estas é que possibilitam o desempenho de funções vitais, tais como, a alimentação, a respiração e a fonação, englobando ainda as dimensões psicossociais, como a socialização, a autoconfiança e a ausência de dor e constrangimentos.

As medidas de promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais devem iniciar-se logo desde o nascimento e passam pela escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm) com a quantidade idêntica ao tamanho de uma ervilha, durante dois minutos, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente no período noturno, antes de deitar e complementada pela utilização de fio dentário ou outro meio para remoção de placa bacteriana interdentária (Azul et al., 2021). Segundo a FDI (2017) após a escovagem dos dentes não se deve realizar bochecho com água, apenas se deve cuspir o excesso de dentífrico.

As conjugações destes cuidados, pelo menos duas vezes por dia, permitem o controlo da placa bacteriana, que é o principal responsável pela cárie dentária (Dias, 2015). Aliado a estes cuidados, torna-se também fundamental a troca regular da escova dentária, sendo a frequência descrita de a cada três meses (Ordem dos Médicos Dentistas, 2023b).

Outra medida fundamental e complementar ao descrito, relaciona-se com as visitas ao médico dentista, sendo que estas, devem ocorrer desde a erupção do primeiro dente e pelo menos anualmente (Ordem dos Médicos Dentistas, 2023b).

Como referido anteriormente, o Planeamento em Saúde é constituído por diferentes etapas, nomeadamente o diagnóstico de situação, determinação das prioridades, fixação dos objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e a avaliação, que se apresentam de seguida (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na sequência do referido, seguidamente explana-se o diagnóstico de situação, assim como as etapas sucessivas.

Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é um processo caracterizado pela identificação, causalidade e evolução prognóstica de problemas, assim como pela determinação das necessidades de uma área geográfica ou organização, viabilizando a definição de objetivos e metas a alcançar em resposta à informação recolhida (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Tavares (1992), o diagnóstico deve ser consideravelmente alargado apresentando, preferencialmente, uma descrição quantitativa da situação.

A pertinência da temática, da promoção da Saúde Oral é evidenciada através dos dados disponíveis na literatura, ao mesmo tempo que corrobora a prioridade observada no Perfil Local de Saúde do ACES.

Posto isto, a população alvo são as crianças na infância escolar matriculadas no 2.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico, no ano letivo 2022/2023, de um Agrupamento de Escola da região norte, num total de 88 estudantes, sendo considerados como critérios de inclusão o facto de

apresentarem consentimento informado, assim como interesse e disponibilidade para participar.

Ressalva-se que, devido ao facto de os estágios de natureza profissional decorrerem ao longo de dois anos letivos diferentes, as crianças na infância escolar, no ano letivo 2023/2024, encontravam-se matriculadas no 3.º ano do 1.º ciclo do Ensino Básico.

A colheita de dados foi realizada por meio de um questionário (Anexo I), de preenchimento pelo encarregado de educação, elaborado para este projeto, tendo por base o descrito na literatura. Desde modo o mesmo encontra-se dividido em quatro partes: caracterização sociodemográfica; caracterização do consumo de açúcar; caracterização dos hábitos de higiene oral; e caracterização da vigilância de saúde oral, tendo a proposta do questionário sido validado pelas tutoras de estágios e orientadores científicos do projeto. A aplicação do mesmo foi realizada via endereço eletrónico através da diretora do Agrupamento de Escolas.

Por forma a clarificar os significados das variáveis e que as mesmas se tornem mais compreensíveis procedeu-se à operacionalização das variáveis (Anexo II) (Rodrigues, 1998).

O questionário elaborado foi aplicado aos encarregados de educação, que no caso deste grupo de crianças correspondia aos respetivos pais, considerando-se daqui em diante os pais, devido à dificuldade de garantir que todas as crianças na faixa etária correspondente a este ciclo se encontram no mesmo nível de desenvolvimento cognitivo. Esta escolha também se relaciona com a limitação temporal para aguardar o consentimento dos pais para posteriormente aplicar os questionários às crianças. De ressaltar que a colheita de informação através dos pais possibilita a sua participação ativa enquanto parte integrante, responsável e com impacto na saúde oral das crianças, ao mesmo tempo que concede maior validade de respostas, na medida em que os pais estão mais próximos das situações cotidianas e têm uma visão mais abrangente dos hábitos alimentares, dos cuidados de higiene oral e de outros fatores que influenciam a saúde oral das crianças.

Estas opções, vão para além de os pais receberem apenas informações passivas, torna-os colaboradores ativos, envolvidos e com um papel responsável no processo de promoção da saúde oral das crianças ou mesmo tempo que fortalece a consciencialização para a importância deste cuidado.

Perante o descrito, os questionários aplicados foram autorizados, através do preenchimento de um consentimento informado incluído na primeira página do próprio questionário. Reforça-se a informação de que todas as respostas obtidas são anónimas, por forma a garantir a confidencialidade dos resultados obtidos, sendo que os questionários foram utilizados no âmbito do projeto do módulo I e do relatório do módulo II.

Os questionários foram aplicados via *Google forms*, devido à rapidez, ao menor gasto económico e ambiental associados, ao bom aproveitamento de respostas e por possibilitar ultrapassar a barreira local e temporal.

Verificou-se, após a aplicação dos questionários aos pais de todos os 88 estudantes inscritos no 2.º ano do 1.º CEB, no ano letivo 2022/2023, que apenas 37,5% da população aceitou participar e respondeu ao questionário. Assim sendo, a amostra (n) é constituída por 33 pais de estudantes, na medida em que todos os questionários respondidos foram considerados válidos.

No que refere à caracterização demográfica verificou-se quanto ao ano de nascimento, que 84,8% (n=28) são nascidos em 2015, 12,1% (n=4) em 2014 e apenas 3% (n=1) no ano 2016, sendo todos residentes numa área urbana.

Relativamente às habilitações literárias completas dos pais, observou-se que 42,4% (n=14) apresentava o 12.º ano, seguido de 21,2% (n= 7) com licenciatura e de 12,1% (n=4) com o 9.º ano. Ao observar a totalidade das respostas verifica-se que aproximadamente 66,7% (n=22) dos pais apresenta escolaridade inferior ou igual ao 12.º ano do Ensino Secundário.

Falando na caracterização do consumo de açúcar, denotou-se que 48,5% (n=16) consome diariamente alimentos ou bebidas açucaradas, isto é, alimentos cariogénicos e 69,7% (n=23) consome duas ou mais vezes por dia alimentos cariostáticos, como carne, peixes, ovos e leguminosas. No seguimento do anteriormente descrito 72,7% (n=24) dos pais considera que a alimentação influencia muito a saúde oral, e 27,3% (n=9) acha que a alimentação influencia pouco ou nada a saúde oral.

No que se refere aos hábitos de higiene oral, 87,9% (n=29) dos pais afirma que os hábitos de higiene oral devem ser iniciados após a erupção do primeiro dente e 12,1% (n=4) após o nascimento. Já 97% (n=32) consideram importante apresentar cuidados de higiene oral com os dentes decíduos.

No que faz referência à escovagem dos dentes, 69,7% (n=23) dos estudantes realiza escovagem duas ou mais vezes por dia, no entanto torna-se relevante o facto de 30,3% (n=10) refere apenas escovar os dentes uma vez por dia. Já 72,7% (n=24) realiza a escovagem por um tempo inferior a dois minutos e apenas 18,2% (n=6) cumprem os dois minutos recomendados. Os momentos do dia nos quais os estudantes realizam escovagem dos dentes são, antes de deitar (75,8% [n=25]), após o pequeno-almoço (63,6% [n=21]), após o jantar (27,3% [n=9]), após o almoço (15,2% [n=5]) e antes do pequeno-almoço (12,1% [n=4]), sendo de ressaltar que nem todos os estudantes realizam a escovagem antes de deitar, o que é preconizado como fundamental.

Observou-se que todos os estudantes aprenderam a realizar a higiene oral em casa e que 66,7% (n=22) dos estudantes não escova todas as zonas da cavidade oral (gengivas, dentes e língua) sendo que apenas 33,3% (n=11) o faz corretamente. Verifica-se que 36,4% (n=12) dos estudantes não realiza a troca de escova de dentes no tempo adequado, dos quais 27,3% (n=9) apenas troca a escova quando os pais entendem que deve trocar e 63,6% (n=20) realizam a troca a cada 3 meses.

Verificou-se que 87,9% (n=29) dos estudantes utilizam uma pasta dentífrica com flúor, 9,1% (n=3) não utiliza pasta dos dentes fluoretada e 3% (n=1) dos pais não sabe se a pasta que os filhos utilizam tem flúor na sua composição. No que refere à quantidade de pasta utilizada, 66,7% (n=22) dos estudantes utiliza a quantidade de pasta dentífrica adequada (do tamanho de um grão de ervilha), e 33,3% (n=11) não utiliza a quantidade recomendada de pasta dos dentes para a escovagem, dos quais 27,3% (n=9) utilizam uma quantidade superior e 6,1% (n=2) uma quantidade inferior.

Observou-se ainda, que por um lado, 93,9% (n=31) realizam bochecho com água no final das escovagem e apenas 6,1% (n=2) não realiza este bochecho, por outro lado 63,6% (n=21) dos estudantes não utilizam nenhum produto de higiene oral adicional, 21,2% (n=7) utilizam colutórios orais e 18,2% (n=6) utilizam fio dentário ou *flosser*.

De assinalar que 100% (n=33) dos pais consideram importante a promoção da saúde oral e dos hábitos de higiene oral em contexto escolar. Dos pais, 90,9% (n=30), consideram importante a realização de escovagem dentária em ambiente escolar e 87,9% (n=29) costumam supervisionar o educando durante a escovagem, sendo pertinente referir que 12,1% (n=4) não realiza qualquer supervisão.

Relativamente à vigilância da saúde oral, 97% (n=32) dos pais considera importante que o seu educando visite regularmente um médico dentista e ou higienista oral. Na mesma percentagem (97% [n=32]), os pais afirmam já ter realizado uma consulta dentária com o educando e 3% (n=1) afirmam nunca o ter feito. Dos que realizaram consulta, 45,5% (n=15) fê-lo a cada seis meses e 54,5% (n=18) a cada 12 meses ou mais. No caso dos que não realizaram consulta, afirmam que os motivos para não o fazerem passam por considerarem que o educando não necessita, que o educando tem medo, que têm dificuldade em marcar e que não querem gastar dinheiro nestas consultas.

Verificou-se que, apesar de 60,6% (n=20) dos educandos não apresentar dentes cariados, torna-se relevante referir que 39,4% (n=13) dos estudantes apresentam cárie dentária. Sendo que, dos que apresentam cárie, 18,2% (n=6) tem o problema em dois dentes, 15,1% (n=5) tem apenas num dente e 6,1% (n=2) em três dentes.

É relevante referir que 24,2% (n=8) já retiraram dentes decíduos e 75,8% (n=25) dos estudantes nunca retirou nenhum dente, assim como 24,2% (n=8) já sofreu de odontalgia e 75,8% (n=25) dos estudantes nunca apresentou odontalgia.

No que refere à aplicação de verniz de flúor e de selantes de fissuras, 63,6% (n=21) dos estudantes nunca aplicou verniz de flúor nos dentes e 48,5 (n=16) nunca aplicou selantes de fissuras. De referir que 27,3% (n=9) dos pais não sabe se já foi realizada a aplicação de verniz de flúor nos dentes e 12,1% (n=4) dos pais não sabe se já foram aplicados selantes de fissuras. Sendo que apenas 9,1% (n=3) já realizou aplicação de verniz de flúor e 39,4% (n=13) já realizou

aplicação de selantes de fissuras no educando.

Relativamente aos cheque-dentista, 97% (n=32) dos educandos já teve acesso ao cheque-dentista e apenas 3% (n=1) nunca teve acesso ao mesmo. Dos que tiveram acesso ao cheque-dentista, apenas 54,5% (n=18) o utilizou. No ano letivo 2022/2023 foi emitido um cheque-dentista aos estudantes nascidos em 2015, sendo que todos os nascidos nesta data receberam o cheque, o que corresponde a 84,7% (n=) dos estudantes. Apenas 63,6% (n=21) dos pais dos estudantes com cheque-dentista emitido no ano letivo referido sabem corretamente a data de validade para utilização do cheque. Dos estudantes que receberam cheque-dentista no ano letivo anteriormente referido, apenas 24,2% (n=8) já o utilizaram e 66,7% (n=22) ainda não utilizou, sendo que estes apresentam como motivo para não o terem feito a dificuldade em realizar agendamento com o médico dentista (24,2% [n=8]), a realização de consultas de medicina dentária numa clínica que não apresenta acordo com o cheque-dentista (21,2% [n=7]), a falta de tempo (9,1% [n=3]) e o facto de considerar que o educando não necessita (6,1% [n=2]) ou ter medo (3% [n=1]).

Determinação das Prioridades

Com o propósito de priorizar as necessidades do grupo de crianças na infância escolar, recorreu-se ao método de Hanlon. Este método é uma ferramenta que permite avaliar as necessidades em saúde com base em quatro componentes através da fórmula “Prioridade = (A+B) C x D”, em que a letra “A” faz referência à magnitude do problema, a letra “B” à severidade, a letra “C” à eficácia da solução e a letra “D” à pertinência, exequibilidade económica, aceitação, recursos e legalidade (Hanlon, 1969).

A aplicação deste método foi realizada por um grupo de peritos, nomeadamente, a mestranda, um médico coordenador na USP, uma enfermeira coordenadora na UCC, uma médica de saúde pública, uma enfermeira especialista em saúde comunitária e uma médica gestora local da saúde oral.

Após a aplicação do método de Hanlon, o problema identificado relacionado com a alimentação, nomeadamente com o consumo de açúcar, obteve um valor de 14 pontos, o problema identificado relacionado com a vigilância da saúde oral e a utilização do cheque-dentista obteve um valor de 13 pontos e o problema identificado relacionado com os hábitos de higiene oral obteve uma pontuação total de 17 (Anexo III). Apesar do problema identificado como prioritário, por obtenção de uma maior pontuação, estar centrado nos hábitos de higiene oral, entendeu-se que a saúde oral necessita de ser trabalhada de forma global para alcançar melhores resultados, nesse sentido todos os problemas priorizados foram contemplados no projeto.

Entenda-se projeto, como uma atividade realizada num período temporalmente delimitado e que pretende responder a objetivos específicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Fixação de Objetivos

Perante o anteriormente descrito e atendendo às especificidades da população, o espaço temporal e a priorização realizada, o objetivo geral traçado, no estágio de natureza profissional - módulo I, foi promover a Saúde Oral do grupo de crianças na infância escolar matriculadas no 2.º ano do 1.º CEB, no ano letivo 2022/2023, de um agrupamento de escolas da região norte do país. Como o relatório abrange dois anos letivos, a quando do estágio de natureza profissional - módulo II, a descrição do objetivo geral necessita de ser adaptada por forma a abranger a mesma população, passando o objetivo geral a ser descrito como, promover a Saúde Oral das crianças na infância escolar matriculadas no 3.º ano do 1.º CEB, no ano letivo 2023/2024, de um agrupamento de escolas da região norte do país.

Como referido anteriormente, o cliente definido, para o caso clínico, é a comunidade e o domínio de atenção são as crianças na infância escolar. Ao mesmo tempo, e segundo o descrito anteriormente, depreende-se que por forma a promover a saúde oral das crianças nesta fase do ciclo vital, é fundamental que também os pais sejam envolvidos, pois estes fazem parte integrante e fundamental no desenvolvimento e nas escolhas de saúde das crianças, nomeadamente no que diz respeito à saúde oral. Por este motivo, optou-se por definir um objetivo específico direcionados para o grupo de crianças e outro direcionado para o grupo de pais, por forma a ser possível a promoção global da saúde oral das crianças.

Partindo do referido e do objetivo geral definiram-se objetivos específicos, escritos tendo por base a Ontologia de Enfermagem aprovada pela OE, está é uma estrutura conceitual que define os elementos fundamentais da prática de enfermagem (domínios de intervenção, princípios teóricos que fundamentam as intervenções de enfermagem, processos de cuidado, entre outros aspetos relevantes para o exercício da profissão), espelhando práticas adequadas, assim como, orientações para a prática segura, eficaz e ética da enfermagem. Permite ainda, contribuir para a criação de conteúdo organizado relacionado com a comunidade, para a qualidade dos serviços de enfermagem prestados à população e para o desenvolvimento contínuo da profissão.

Perante o descrito, os objetivos específicos definidos são:

- Promover a autonomia do grupo de crianças na infância escolar face a necessidades desenvolvimentais: saúde oral;
- Promover o papel parental desenvolvimental do grupo: vigilância e promoção da saúde oral.

Torna-se ainda relevante estabelecer objetivos operacionais ou metas, estes fazem referência ao resultado desejável e teoricamente exequível das atividades desenvolvidas, mensuráveis através de indicadores (Imperatori & Giraldes, 2000).

Perante o descrito por Imperatori e Giraldes (2000) um indicador faz referência à relação entre uma circunstância específica e um grupo. Distinguindo dois tipos de indicadores - indicadores de

resultado ou impacto e indicadores de atividade ou execução.

Segundo os mesmos autores, um indicador de resultado tenciona compõem um quadro de referência que possibilita avaliar se os valores dos indicadores, considerados desejáveis, foram alcançados, ao passo que, um indicador de atividade visa medir a atividade desenvolvida, tendo em vista o alcance dos indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 2000).

Como objetivos operacionais, avaliados através de indicadores referidos posteriormente, consideraram-se:

- Aumentar de 69,7% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que realizam escovagem duas ou mais vezes por dia;
- Aumentar de 18,2% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que cumprem os dois minutos recomendados para a escovagem dentária;
- Aumentar de 75,8% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que realizam escovagem dos dentes antes de deitar;
- Aumentar de 33,3% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que escovam todas as zonas da cavidade oral;
- Aumentar de 66,7% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que utilizam a quantidade de pasta dentífrica adequada;
- Aumentar de 6,1% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que não realizam bochecho com água no final das escovagens;
- Aumentar de 21,2% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que utilizam colutórios orais como produto de higiene oral adicional;
- Aumentar de 9,1% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que já realizar aplicação de verniz de flúor;
- Aumentar de 63,6% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que realizam a troca de escova dentária a cada 3 meses;
- Aumentar de 87,9% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que utilizam uma pasta dentífrica com flúor;
- Diminuir de 48,5% para 20% o grupo de crianças na infância escolar que consomem diariamente alimentos ou bebidas açucaradas (alimentos cariogénicos);
- Aumentar de 69,7% para 90% o grupo de crianças na infância escolar que consomem duas ou mais vezes por dia alimentos cariostáticos, como carne, peixes, ovos e leguminosas;
- Aumentar de 97% para 100% o grupo de pais que consideram importante apresentar cuidados de higiene oral com os dentes decíduos;
- Aumentar de 87,9% para 100% o grupo de pais que costuma supervisionar o educando durante a escovagem dentária;
- Aumentar de 97% para 100% o grupo de pais que consideram importante que o seu educando visite regularmente um médico dentista e/ou higienista oral;
- Diminuir de 54,5% para 10% o grupo de pais não utilizam o cheque-dentista emitido à criança na infância escolar.

Seleção de Estratégias

A etapa de seleção de estratégias do planejamento em saúde é onde se define o processo que possibilita a resposta aos problemas de saúde identificados como prioritários (Imperatori & Geraldes, 1993). Esta etapa necessita de ser adequada à cultura e as características desenvolvimentais da população, e ao mesmo tempo, ser apelativa e atrativa (Borges & Martins, 2023).

As estratégias entendem-se como um conjunto de técnicas planeadas e singulares com o desígnio de alcançar os objetivos traçados e assim melhorar os problemas de saúde identificados (Imperatori & Geraldes, 1993). Considerando que o ambiente escolar deve garantir que os estudantes adquiram conhecimentos, aptidões e experiências que os preparem para serem adultos saudáveis (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017), torna-se clara a importância da educação para a saúde enquanto estratégia de intervenção.

A articulação entre a educação e a saúde é imprescindível para a aquisição de novas competências e conhecimentos na comunidade escolar. Neste sentido, em 2014, a Direção-Geral da Educação, elaborou o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde com o propósito de apoiar a adoção do conceito de Escola Promotora da Saúde, sendo esta a que estimula a capacidade de proporcionar um ambiente saudável para a aprendizagem (Direção-Geral da Educação, 2014).

A educação para a saúde em meio escolar abrange experiências de aprendizagem delineadas que auxiliam a comunidade escolar a adquirir o conhecimento, atitudes e competências que possibilitam uma tomada de decisão promotora de saúde (CDC, 2017).

A Educação para a Saúde, torna-se então o centro da atenção do EEECS CSP, como agente de promoção da saúde e prevenção da doença através da transmissão de informação de forma compreensível, como da motivação e desenvolvimento de competências na população que favoreçam a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública, assume-se como a área de eleição para a promoção da saúde de grupos e comunidades, uma vez que tem como alvo das suas intervenções a própria comunidade, dirigindo os projetos de saúde a grupos, por forma à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social durante todo o ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No sentido de nortear a prática dos EEECS CSP, o Departamento de Saúde de Minnesota, em 2001, desenvolveu um manual com intervenções de Saúde Pública relatadas através da Roda da Intervenção em Saúde Pública através de cinco pilares nos quais estão descritas 17 intervenções agrupadas por relação. As intervenções em saúde pública são baseadas na comunidade com especial enfoque na prevenção da doença e prevenção da saúde. Nesse sentido, um dos pilares da referida roda faz referência à educação, aconselhamento e consulta

em saúde, onde se enquadra a educação para a saúde (Schaffer & Strohschein, 2019).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a educação para a saúde é uma atividade concretizada por profissionais com o intuito de promoção da saúde, sendo uma atividade essencial na área da enfermagem.

A Organização Mundial da Saúde (2012) afirma que a educação para a saúde baseia-se na promoção das aptidões dos indivíduos por meio de técnicas educativas, motivacionais, desenvolvimentais e de sensibilização. Uma educação para a saúde eficiente promove a literacia em saúde, capacitando o indivíduo para a tomada de decisão adaptada e para a manutenção ou melhoria da saúde. Seguindo esta linha, os programas ou projetos de educação para a saúde coadjuvam na manutenção e promoção da saúde, redução de riscos e gestão adequada de situações crónicas.

Com o propósito de garantir o êxito da implementação do projeto, foram delineadas linhas estratégicas, nomeadamente o envolvimento da diretora do agrupamento de escolas enquanto elemento facilitador para a implementação do projeto "+Sorriso", o estabelecimento de parceria com uma médica dentista enquanto estratégia para reforçar o carácter especializado do projeto, a realização de sessões de educação para a saúde com as crianças na infância escolar (Anexo IV) tendo em vista a promoção de conhecimentos e competências relacionadas com a saúde oral e a realização de sessões de educação para a saúde com o grupo de pais (Anexo V) tendo em vista a promoção de conhecimentos e competências relacionadas com a saúde oral.

Preparação Operacional

A fase de preparação da execução é preponderante para o êxito do projeto, através dela especifica-se as atividades das entidades envolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Alicerçado na revisão de literatura e nas etapas iniciais do planeamento em saúde e com o intuito de responder às necessidades identificadas, desenvolveu-se, ao longo dos estágios, um projeto individual de intervenção comunitária designado "+Sorriso".

Este projeto revela-se viável e exequível, uma vez que a comunidade escolar e a equipa de saúde escolar do ACES demonstram entusiasmo e necessidade de melhoria na área da saúde oral, na medida em que esta influencia quer a saúde em geral, quer o rendimento escolar.

A relevância e a repercussão do projeto "+Sorriso", refletem-se na promoção da saúde oral do grupo de crianças na infância escolar, assim como no envolvimento do grupo de pais enquanto elementos facilitadores para a adoção de comportamentos relacionados com a saúde oral ajustados e adequados através da melhoria dos conhecimentos sobre saúde oral e da capacidade para a higiene oral.

O nome atribuído ao projeto, "+Sorriso", reflete a área de atuação do mesmo e a necessidade

de a promover, sendo que por forma a tornar o projeto mais apelativo, produziu-se um logótipo (Anexo VI), que se apresenta como imagem do projeto para a comunidade.

Para a aplicabilidade do projeto, a preparação operacional, enquanto etapa do planeamento em saúde, necessita da referência à identificação das ações necessárias para a implementação das estratégias definidas (Imperatori & Giraldes, 1993). Sendo fundamental, nesta fase, a elaboração de um cronograma (Anexo VII), a definição de recursos e a identificação das responsabilidades para a execução.

As ações definidas para a implementação das estratégias passaram pela:

- Programação de uma reunião com a diretora do agrupamento para apresentação do projeto "+Sorriso", esclarecimento da importância do projeto para a melhoria da saúde oral das crianças e para a definição da regularidade dos encontros com a diretora do agrupamento para realizar o *feedback* da implementação do projeto;
- Articulação com a diretora do agrupamento de escolas, via e-mail, por forma a determinar o momento ideal para a realização das sessões de educação para a saúde com o grupo de pais e com o grupo de crianças na infância escolar. É de salientar, a colaboração da diretora do agrupamento na articulação com o grupo de pais e com as escolas do agrupamento tendo em vista o sucesso do projeto, assim como na cooperação para encontrar uma forma de potenciar a adesão do grupo de pais, e assim, possibilitar o êxito do projeto;
- Solicitação ao agrupamento de escolas a divulgação, via e-mail, das sessões online e, posteriormente, presencial de educação para a saúde oral com o grupo de pais. As sessões decorreram em horários pós-laborais por forma a não ocorrer sobreposições com a vida profissional;
- Articulação com as professoras responsáveis por cada escola básica do agrupamento, via e-mail, por forma a proceder ao agendamento da sessão de educação para a saúde com o grupo de crianças na infância escolar. As sessões decorreram durante o período letivo e nas respetivas escolas;
- Articulação telefónica com uma médica dentista, por forma a ser uma parceira na sessão de educação para a saúde com o grupo de pais, para apresentação do projeto e alinhamento dos objetivos e expectativas da parceria e organização da sessão com o grupo de pais;
- Articulação com a enfermeira coordenadora da UCC e com a médica dentista, para cedência do material para a demonstração da técnica de escovagem dentária ao grupo de crianças na infância escolar;
- Desenvolvimento do material a apresentar na sessão online de educação para a saúde com o grupo de pais, baseado no descrito na literatura (Anexo VIII);
- Desenvolvimento do material (flyer) a entregar na sessão online de educação para a saúde com o grupo de pais, baseado no descrito na literatura (Anexo IX);
- Desenvolvimento de um questionário de conhecimentos em saúde oral para aplicar no final da sessão com o grupo de pais (Anexo X);
- Desenvolvimento dos materiais a apresentar na sessão de educação para a saúde com o

grupo de crianças na infância escolar, baseada no descrito na literatura e adaptada à faixa etária (Anexo XI);

- Desenvolvimento do material (certificado) a entregar na sessão online de educação para a saúde com o grupo de crianças na infância escolar (Anexo XII);
- Desenvolvimento de um questionário de conhecimentos em saúde oral para aplicar no final da sessão com o grupo de crianças na infância escolar (Anexo XIII).

Previsão de Recursos

A realização da estimativa dos recursos necessários para a execução do projeto é preponderante para uma implementação eficaz. Estimar os recursos necessários, desde humanos a materiais, apresenta-se como condição para atingir os objetivos propostos. A realização da estimativa requer um conhecimento prévio dos recursos disponíveis para dessa forma ser possível aferir o custo associado ao projeto (Tavares, 1992).

Para a execução do projeto, foram identificados recursos humanos, materiais, logísticos, tecnológicos e temporais, tal como descrito na Tabela 1.

Tabela 1

Previsão de Recursos Necessários para a Execução do Projeto “+Sorriso”

Tipo de recursos	Descrição dos recursos
Recursos Humanos	• Enfermeira mestranda; • Enfermeiras tutoras da USP e UCC do ACES; • Diretora do Agrupamento de Escolas da região norte do país; • Médica dentista.
Recursos Materiais	• Papel; • Tinteiros; • Impressora; • Lápis de cor; • Modelo da cavidade oral; • Escova dentária; • Pasta dos dentes.
Recursos Logísticos	• Sala de aula; • Auditório; • Viatura para as deslocações; • Combustível.
Recursos Tecnológicos	• Computador; • Projetor; • Colunas; • Microfone; • Internet.
Recursos Temporais	• 19 de setembro de 2023 a 17 de novembro de 2023; • 22 de novembro a 26 de janeiro de 2024.

A aplicação do projeto apresenta custos associados, no entanto não é possível calcular os custos, pois os recursos utilizados já existem no serviço ou na escola e a participação da médica dentista não acarreta qualquer custo acrescentado, devido à parceria estabelecida.

De seguida, apresenta-se a conceção de cuidados elaborada.

3.4. Conceção de Cuidados

Grupo de crianças na infância escolar

02-10-2023 08:30

02-10-2023 08:30 - 48,5% [n=16] das crianças do grupo consomem diariamente alimentos ou bebidas açucaradas (alimentos cariogénicos).

02-10-2023 08:30 - 69,7% [n=23] das crianças do grupo consomem duas ou mais vezes por dia alimentos cariostáticos, como carne, peixes, ovos e leguminosas.

02-10-2023 08:30 - 21,2% [n=7] das crianças do grupo utilizam colutórios orais como produto de higiene oral adicional.

02-10-2023 08:30 - 87,9% [n=29] dos pais do grupo costumam supervisionar o educando durante a escovagem dentária.

02-10-2023 08:30 - 97% [n=32] dos pais do grupo consideram importante que o seu educando visite regularmente um médico dentista e ou higienista oral.

02-10-2023 08:30 - 9,1% [n=3] das crianças do grupo já realizaram aplicação de verniz de flúor.

02-10-2023 08:30 - 54,5% [n=18] dos pais do grupo não utilizaram o cheque-dentista emitido à criança na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - 75,8% [n=25] das crianças do grupo realizam escovagem dos dentes antes de deitar.

02-10-2023 08:30 - 97% [n=32] dos pais do grupo consideram importante apresentar cuidados de higiene oral com os dentes decíduos.

02-10-2023 08:30 - 69,7% [n=23] das crianças do grupo realizam escovagem duas ou mais vezes por dia.

02-10-2023 08:30 - 18,2% [n=6] das crianças do grupo cumprem os dois minutos recomendados para a escovagem dentária.

02-10-2023 08:30 - 33,3% [n=11] das crianças do grupo escovam todas as zonas da cavidade oral (gengivas, dentes e língua).

02-10-2023 08:30 - 63,6% [n=21] das crianças do grupo realizam a troca de escova dentária a cada 3 meses.

02-10-2023 08:30 - 87,9% [n=29] das crianças do grupo utilizam uma pasta dentífrica com flúor.

02-10-2023 08:30 - 66,7% [n=22] das crianças do grupo utilizam a quantidade de pasta dentífrica adequada (do tamanho de um grão de ervilha).

02-10-2023 08:30 - 6,1% [n=2] das crianças do grupo não realizam bochecho com água no

final da escovagem.

02-10-2023 08:30 - Promover o papel parental desenvolvimental do grupo: vigilância e promoção da saúde oral

02-10-2023 08:30 - 48,5% [n=16] das crianças do grupo consomem diariamente alimentos ou bebidas açucaradas (alimentos cariogénicos)

02-10-2023 08:30 - 69,7% [n=23] das crianças do grupo consomem duas ou mais vezes por dia alimentos cariostáticos, como carne, peixes, ovos e leguminosas

02-10-2023 08:30 - 97% [n=32] dos pais do grupo consideram importante apresentar cuidados de higiene oral com os dentes decíduos

02-10-2023 08:30 - 87,9% [n=29] dos pais do grupo costumam supervisionar o educando durante a escovagem dentária

02-10-2023 08:30 - 97% [n=32] dos pais do grupo consideram importante que o seu educando visite regularmente um médico dentista e/ou higienista oral

02-10-2023 08:30 - 54,5% [n=18] dos pais do grupo não utilizaram o cheque-dentista emitido à criança na infância escolar

02-10-2023 08:30 - Potencial do grupo de pais para melhorar o conhecimento sobre padrão alimentar [alimentos cariogénicos e cariostáticos].

02-10-2023 08:30 - Ensinar o grupo de pais sobre padrão alimentar.

02-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento no grupo de pais sobre padrão alimentar.

02-10-2023 08:30 - Potencial do grupo de pais para melhorar o conhecimento sobre higiene oral das crianças na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - Ensinar o grupo de pais sobre higiene oral das crianças na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento no grupo de pais sobre higiene oral das crianças na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - Potencial do grupo de pais para melhorar o conhecimento sobre vigilância da saúde oral das crianças na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - Ensinar o grupo de pais sobre vigilância da saúde oral das crianças na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento no grupo de pais sobre vigilância da saúde oral das crianças na infância escolar.

02-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental do grupo: vigilância e promoção da saúde oral

02-10-2023 08:30 - Promover autonomia do grupo de crianças na infância escolar face a necessidades desenvolvimentais: saúde oral

02-10-2023 08:30 - 69,7% [n=23] das crianças do grupo realizam escovagem duas ou mais vezes por dia

02-10-2023 08:30 - 18,2% [n=6] das crianças do grupo cumprem os dois minutos recomendados para a escovagem dentária

02-10-2023 08:30 - 75,8% [n=25] das crianças do grupo realizam escovagem dos dentes antes de deitar

02-10-2023 08:30 - 33,3% [n=11] das crianças do grupo escovam todas as zonas da cavidade oral (gengivas, dentes e língua)

02-10-2023 08:30 - 66,7% [n=22] das crianças do grupo utilizam a quantidade de pasta dentífrica adequada

02-10-2023 08:30 - 6,1% [n=2] das crianças do grupo não realizam bochecho com água no final das escovagens

02-10-2023 08:30 - 21,2% [n=7] das crianças do grupo utilizam colutórios orais como produto de higiene oral adicional

02-10-2023 08:30 - 63,6% [n=21] das crianças do grupo realizam a troca de escova dentária a cada 3 meses

02-10-2023 08:30 - 87,9% [n=29] das crianças do grupo utilizam uma pasta dentífrica com flúor

02-10-2023 08:30 - Potencial do grupo de crianças na infância escolar para melhorar o conhecimento sobre saúde oral

02-10-2023 08:30 - Ensinar o grupo de crianças na infância escolar sobre saúde oral.

02-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento do grupo de crianças na infância escolar sobre saúde oral.

02-10-2023 08:30 - Potencial do grupo de crianças na infância escolar para melhorar a capacidade de cuidar da higiene oral

02-10-2023 08:30 - Instruir o grupo de crianças na infância escolar sobre a técnica de escovagem de dentes

02-10-2023 08:30 - Treinar com o grupo de crianças na infância escolar a técnica de escovagem de dentes

02-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade no grupo de crianças na infância escolar para cuidar da higiene oral

02-10-2023 08:30 - Avaliar a evolução da autonomia do grupo de crianças na infância escolar face a necessidades desenvolvimentais: saúde oral

16-01-2024 09:00

16-01-2024 09:00 - 45,4% [n=10] das crianças do grupo consomem diariamente alimentos ou bebidas açucaradas (alimentos cariogénicos).

16-01-2024 09:00 - 72,7% [n=16] das crianças do grupo consomem duas ou mais vezes por dia alimentos cariostáticos, como carne, peixes, ovos e leguminosas.

16-01-2024 09:00 - 100% [n=22] dos pais do grupo consideram importante que o seu educando visite regularmente um médico dentista e/ou higienista oral.

16-01-2024 09:00 - 45,4% [n=10] das crianças do grupo já realizaram aplicação de verniz de flúor.

16-01-2024 09:00 - 36,4% [n=8] dos pais do grupo não utilizaram o cheque-dentista emitido à criança na infância escolar.

16-01-2024 09:00 - 79,5% [n=70] das crianças do grupo realizam escovagem dos dentes antes de deitar.

16-01-2024 09:00 - 100% [n=22] dos pais do grupo consideram importante apresentar cuidados de higiene oral com os dentes decíduos.

16-01-2024 09:00 - 83,0% [n=73] das crianças do grupo realizam escovagem duas ou mais vezes por dia.

16-01-2024 09:00 - 34,1% [n=30] das crianças do grupo cumprem os dois minutos

recomendados para a escovagem dentária.

16-01-2024 09:00 - 38,6% [n=34] das crianças do grupo escovam todas as zonas da cavidade oral (gengivas, dentes e língua).

16-01-2024 09:00 - 65,9% [n=58] das crianças do grupo realizam a troca de escova dentária a cada 3 meses.

16-01-2024 09:00 - 88,6% [n=78] das crianças do grupo utilizam uma pasta dentífrica com flúor.

16-01-2024 09:00 - 83,0% [n=73] das crianças do grupo utilizam a quantidade de pasta dentífrica adequada (do tamanho de um grão de ervilha).

16-01-2024 09:00 - 11,4% [n=10] das crianças do grupo não realizam bochecho com água no final da escovagem.

16-01-2024 09:00 - 30,7% [n=27] das crianças do grupo utilizam colutórios orais como produto de higiene oral adicional.

16-01-2024 09:00 - 90,9% [n=20] dos pais do grupo costumam supervisionar o educando durante a escovagem dentária.

3.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental do grupo: vigilância e promoção da saúde oral

- Adoção de comportamentos de vigilância e promoção da saúde oral (a avaliar seis meses após as sessões de educação para a saúde através da reaplicação do questionário)

Ensinar o grupo de pais sobre padrão alimentar.

- Informar sobre alimentos cariogénicos
- Informar sobre alimentos cariostáticos

Avaliar evolução do conhecimento no grupo de pais sobre padrão alimentar.

- Aplicar questionário de conhecimentos

Ensinar o grupo de pais sobre higiene oral das crianças na infância escolar.

- Informar sobre a importância da boca
- Informar sobre a placa bacteriana e cáries
- Informar sobre os materiais necessários para a escovagem dentária
- Informar sobre as zonas da cavidade oral onde realizar escovagem
- Informar a técnica de escovagem dentária
- Informar sobre o tempo de escovagem dentária
- Informar sobre a frequência da escovagem dentária
- Informar sobre a frequência de troca da escova dentária
- Informar sobre a supervisão da escovagem dentária
- Fornecer folheto informativo sobre higiene oral das crianças na infância escolar

Avaliar evolução do conhecimento no grupo de pais sobre higiene oral das crianças na infância

escolar.

- Aplicar questionário de conhecimentos

Ensinar o grupo de pais sobre vigilância da saúde oral das crianças na infância escolar.

- Informar sobre a aplicação de fluoretos
- Informar sobre a importância das visitas regulares ao médico dentista
- Informar sobre o cheque-dentista

Avaliar evolução do conhecimento no grupo de pais sobre vigilância da saúde oral das crianças na infância escolar.

- Aplicar questionário de conhecimentos

Avaliar a evolução da autonomia do grupo de crianças na infância escolar face a necessidades desenvolvimentais: saúde oral

- Satisfação face à saúde oral (a avaliar seis meses após as sessões de educação para a saúde através da reaplicação do questionário)

Ensinar o grupo de crianças na infância escolar sobre saúde oral.

- Informar sobre a importância da boca
- Informar sobre a placa bacteriana e cáries
- Informar sobre os materiais necessários para a escovagem dentária
- Informar sobre as zonas da cavidade oral onde realizar escovagem
- Informar a técnica de escovagem dentária
- Informar sobre o tempo de escovagem dentária
- Informar sobre a frequência da escovagem dentária
- Informar sobre a frequência de troca da escova dentária
- Realizar uma atividade didática na qual as crianças compartilham oralmente o que aprenderam através de uma história

Avaliar evolução do conhecimento do grupo de crianças na infância escolar sobre saúde oral.

- Aplicar questionário de conhecimentos através de uma atividade didática com recurso a questões de verdadeiro/falso sobre saúde oral

Instruir o grupo de crianças na infância escolar sobre a técnica de escovagem de dentes

- Demonstrar a técnica de escovagem dentária

Treinar com o grupo de crianças na infância escolar a técnica de escovagem de dentes

- Treinar a técnica de escovagem dentária

3.6. Síntese relativa ao caso

Neste subcapítulo encontram-se esplanadas as duas etapas finais do planeamento em saúde, nomeadamente, a execução e a avaliação. É ainda neste capítulo, que são analisadas, quanto à

finalidade e à eficácia, as estratégias definidas, por forma a ser possível aferir o impacto e os resultados das mesmas no grupo de crianças na infância escolar e no grupo de pais.

Execução

Na fase da execução, foram desenvolvidas as sessões de educação para a saúde com o grupo de crianças na infância escolar e outras com o grupo de pais, decorreram entre dezembro 2023 e janeiro 2024.

As sessões de educação para a saúde com o grupo de crianças na infância tiveram a duração de 60 minutos, incluído um momento teórico e um momento prático. No momento teórico, foram expostos conteúdos sobre saúde oral (importância da boca; placa bacteriana e cáries; materiais necessários para a escovagem dentária; zonas da cavidade oral onde realizar escovagem; técnica de escovagem dentária; tempo de escovagem dentária; frequência da escovagem dentária; e a frequência de troca da escova dentária) e de seguida foi apresentado o livro "Até os Monstros Lavam os Dentes!" de Jessica Martinello . Posto isto, as crianças compartilharam oralmente o que aprenderam através da história apresentada. De seguida, ocorreu o momento prático no qual, foi demonstrada a técnica de escovagem dentária e posto isto o grupo de crianças procedeu ao treino com supervisão da mesma técnica, como recurso a um molde.

Já as sessões de educação para a saúde com o grupo de pais tiveram a duração de 60 minutos, com recurso ao método expositivo e ao demonstrativo. No momento expositivo, abordou-se o padrão alimentar (alimentos cariogénicos e alimentos cariostáticos), os cuidados de higiene oral (importância da boca; placa bacteriana e cáries; materiais necessários para a escovagem dentária; zonas da cavidade oral onde realizar escovagem; técnica de escovagem dentária; tempo de escovagem dentária; frequência da escovagem dentária; frequência de troca da escova dentária; e a supervisão da escovagem dentária) e a vigilância da saúde oral (aplicação de fluoretos; importância das visitas regulares ao médico dentista; e o cheque-dentista). No momento demonstrativo, a médica dentista procedeu à demonstração da técnica de escovagem dentária com recurso a um molde.

Avaliação

A etapa da avaliação, possibilita a comparação de atitudes ou comportamentos com o estabelecido como padrão para as mesmas atitudes e comportamentos, tendo em vista a correção ou melhoria da situação ou da condição de saúde (Imperatori & Geraldês, 1993).

Nesta última etapa, do planeamento em saúde, são estabelecidos indicadores que permitem entender a realidade e mensurar os avanços alcançados através de relações (taxas ou rácios) (Imperatori & Geraldês, 1993).

Imperatori e Giraldes (1993) definem indicador como a relação entre uma situação particular e uma comunidade em risco.

Segundo os mesmos autores o indicador de resultado “pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou dimensão atual desse problema” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77). E o indicador de atividade “pretende medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.78).

Para além dos indicadores de resultado e de atividade, é importante ainda referir indicadores de adesão. Estes permitem avaliar o sucesso das estratégias delineadas, nomeadamente das sessões de educação para a saúde com o grupo de pais e com o grupo de crianças na infância escolar.

De referir que nas sessões com o grupo de crianças na infância escolar, todas elas estiveram presentes, num total de 88 crianças. Em contrapartida, nas sessões com o grupo de pais, apenas 20 pais aderiram, sendo que, apesar de terem ocorrido sessões *online* e presenciais, a adesão dos pais às sessões apresentou-se como uma dificuldade sentida.

Compreender a baixa adesão do grupo de pais às sessões é fundamental para, futuramente, melhorar a eficácia das atividades e maximizar o impacto das mesmas. É necessário entender as barreiras logísticas, como o horários das sessões, a disponibilidade de transporte para sessões presenciais e o acesso à tecnologia para sessões online, e ao mesmo tempo envolver o grupo de pais através da divulgação de materiais de forma mais eficaz e regular, assim como envolver mais parceiros da comunidade por forma a promover o interesse e envolvimento do grupo de pais nas atividades de promoção da saúde.

Tabela 2

Indicador de Adesão do Grupo de Pais à Sessão de Educação Para a Saúde, a Meta a Alcançar e o Resultado Obtido

Indicador de adesão do grupo de pais à sessão de educação para a saúde	Meta	Avaliação
(N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde/ N.º de elementos do grupo de pais) x 100	20%	22,7%

Apesar da dificuldade de adesão sentida no que refere ao grupo de pais, pode observar-se na Tabela 2 que, o indicador de adesão alcançou a meta estipulada. No entanto é fundamental trabalhar este grupo por forma a, no futuro, a meta para este indicador possa apresentar valores mais elevados e assim possivelmente contribuir para melhorar a saúde da comunidade.

Tabela 3

Indicador de Adesão do Grupo de Crianças na Infância Escolar à Sessão de Educação Para a Saúde, a Meta a Alcançar e o Resultado Obtido

Indicador de adesão do grupo de crianças na infância escolar à sessão de educação para a saúde	Meta	Avaliação
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar) x 100	90%	100%

Como se observa na Tabela 3, no que refere à adesão do grupo de crianças na infância escolar a meta não só foi atingida como foi superada, tendo envolvido todos os intervenientes.

Indicadores de Atividade

Com o intuito de avaliar a realização das atividades estabelecidas na etapa da definição de estratégias, nomeadamente a execução das sessões de educação para a saúde, definiu-se um indicador de atividade. Este indicador foi atingido, como pode observar-se na Tabela 4.

Tabela 4

Indicador de Atividade, a Meta a Alcançar e o Resultado Obtido

Indicador de Atividade	Meta	Avaliação
(N.º de sessões de educação para a saúde realizadas/ N.º de sessões de educação para a saúde previstas) x 100	100%	100%

Indicadores de Resultado

Os indicadores de resultado são estabelecidos como forma de resposta aos objetivos operacionais estabelecidos, assim como, forma de avaliar a satisfação do grupo de pais e do grupo de crianças na infância escolar relativamente às atividades desenvolvidas.

Segundo Tavares (1990), é preponderante avaliar a satisfação do cliente, como medida complementar de avaliação.

Tabela 5

Indicadores de Resultados Referentes à Utilidade do Tema e Adequação das Sessões, as Metas a Alcançar e os Resultados Obtidos

Indicador de Resultado	Meta	Avaliação
(N.º de elementos do grupo de pais que consideram o tema útil/ N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	100%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que consideram a sessão adequada às suas necessidades/ N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	100%	100% (Atingido)

Perante os resultados obtidos e explanados na Tabela 5, depreende-se a ocorrência de elevada satisfação por parte dos participantes.

Para as sessões de educação para a saúde com o grupo de crianças na infância escolar e perante os objetivos operacionais anteriormente definidos, especificamente para este grupo, obtiveram-se os indicadores de resultado constantes na Tabela 6.

Tabela 6

Indicadores de Resultado Referentes às Sessões de Educação Para a Saúde com o Grupo de Crianças na Infância Escolar, as Metas a Alcançar e os Resultados Obtidos

Indicador de Resultado	Meta	Avaliação
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que conhece os materiais necessários para a escovagem/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que conhece as zonas da cavidade oral onde realizar escovagem/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	99% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que conhece a técnica de escovagem dentária/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que conhece o tempo de escovagem dentária/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que conhece a frequência de escovagem dentária/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que conhece a frequência de troca de escova dentária/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	98% (Atingido)

No que refere às sessões de educação para a saúde com o grupo de pais e perante os objetivos operacionais definidos, especificamente para este grupo, obtiveram-se os indicadores de resultado conforme a Tabela 7.

Tabela 7

Indicadores de Resultado Referentes às Sessões de Educação Para a Saúde com o Grupo de Pais, as Metas a Alcançar e os Resultados Obtidos

Indicadores de Resultado	Meta	Avaliação
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece os alimentos cariogénicos/N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece os alimentos cariostáticos/N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece os materiais necessários para a escovagem dentária /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece as zonas da cavidade oral onde realizar escovagem /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece a técnica de escovagem dentária /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece o tempo de escovagem dentária /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	99% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece a frequência de escovagem dentária /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece a frequência de troca da escova dentária /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece a importância da supervisão da escovagem dentária /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece a aplicação de fluoretos /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece a importância das vistas regulares ao médico dentista /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)
(N.º de elementos do grupo de pais que conhece o cheque-dentista /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	100% (Atingido)

Os indicadores de resultado apresentados a Tabela 7, demonstram que em parte, os objetivos

estabelecidos para o projeto "+Sorriso", para lá de atingidos, foram, em alguns dos indicadores, ultrapassados.

No entanto, existe ainda a necessidade de observar os indicadores de resultados relacionados com a mudança de comportamento, por parte das crianças na infância escolar e pelo grupo de pais. Estes indicadores, apesar de avaliados após as sessões de educação para a saúde, deverão ser novamente avaliados pelo menos seis meses após a realização das sessões, a fim de observar o alcance da meta estabelecida e a ocorrência ou não de alteração no padrão comportamental, pois a mesma necessita de tempo para ser adquirida.

Tabela 8

Indicadores de Resultado Referentes às Sessões de Educação para a Saúde com o Grupo de Crianças na Infância Escolar e com o Grupo de Pais Relacionados com a Mudança de Comportamento, as Metas a Alcançar e os Resultados da Avaliação Imediatamente Após a Sessão

Indicador de Resultado	Meta	Avaliação após a sessão
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que realizam escovagem duas ou mais vezes por dia/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	83,0%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que cumprem os dois minutos recomendados para a escovagem dentária/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	34,1%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que realizam escovagem dos dentes antes de deitar/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	79,5%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que escovam todas as zonas da cavidade oral/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	38,6%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que utilizam a quantidade de pasta dentífrica adequada/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	83,0%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que não realizam bochecho com água no final das escovagens/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	11,4%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que utilizam colutórios orais como produto de higiene oral adicional / N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	30,7%

(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que realizam a troca de escova dentária a cada 3 meses/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	65,9%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que utilizam uma pasta dentífrica com flúor/ N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	88,6%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que consomem diariamente alimentos ou bebidas açucaradas (alimentos cariogénicos) /N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	20%	45,4%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que consomem duas ou mais vezes por dia alimentos cariostáticos, como carne, peixes, ovos e leguminosas/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	72,7%
(N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar que já realizaram aplicação de verniz de flúor/N.º de elementos do grupo de crianças na infância escolar presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	90%	45,4%
(N.º de elementos do grupo de pais que consideram importante apresentar cuidados de higiene oral com os dentes decíduos/N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	100%	100%
(N.º de elementos do grupo de pais que costuma supervisionar o educando durante a escovagem dentária/N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	100%	90,9%
(N.º de elementos do grupo de pais que consideram importante que o seu educando visite regularmente um médico dentista ou higienista oral/N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	100%	100%
(N.º de elementos do grupo de pais que não utilizam o cheque-dentista emitido à criança na infância escolar /N.º de elementos do grupo de pais presentes na sessão de educação para a saúde) x 100	10%	36,4%

De referir que após a realização da etapa da avaliação é fundamental regressar à primeira fase do planeamento onde se realiza um novo diagnóstico de situação, tornando este processo ativo e ininterrupto (Imperator & Gerald, 1993).

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do percurso académico inerente ao mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é expectável que o mestrando adquira um conjunto de competências e ferramentas para a atribuição do grau e solicitação do título de especialista, nesta área, à Ordem dos Enfermeiros.

Durante o estágio de natureza profissional beneficiei da oportunidade de desenvolver atividades, em duas unidades funcionais inseridas num ACES da região norte do país, nomeadamente numa USP e numa UCC. Durante esse período, fui exposta a uma variedade de situações e desafios que me permitiram não apenas adquirir conhecimentos teóricos, mas também aplicar na prática as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências essenciais do EEECSOSP.

Os enfermeiros especialistas, independentemente da área específica, devem deter competências comuns que orientam a prática clínica e que são regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em Diária da República, apresentando-se divididas em quatro domínios, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, e tendo em vista a consecução das competências esplanadas nos quatro domínios referidos, ao longo do estágio de natureza profissional, foram cumpridas as considerações éticas e legais inerentes à elaboração do projeto e das atividades envolvidas assim como foram respeitados os direitos humanos da comunidade envolvida no projeto e nas intervenções, na medida em que apresentei uma conduta profissional ajustada ao contexto e norteadas pelo código de ética de enfermagem, particularmente através das relações com elementos da comunidade escolar (grupo de crianças na infância escolar e com o grupo de pais), ao mesmo tempo as ligações multiprofissionais e interpessoais desenvolvidas com os orientadores de estágio e com a diretora do agrupamento de escolas foram ajustadas mediante a conduta e ética profissional, tendo servido de base para uma tomada de decisão adequada à realidade da comunidade, respeitando a diversidade, a experiência e a contante colaboração entre setores.

Para o desenvolvimento das competências descritas no domínio da melhoria contínua, salienta-se a elaboração do projeto que representa uma melhoria na qualidade dos serviços prestados pela equipa de saúde escolar da USP e da UCC, na medida em que possibilitou a promoção da saúde em contexto escolar numa área que se identificou com problemática na comunidade e

para a qual não existia, até então, um projeto específico e direcionado. A pesquisa realizada, relacionada com a saúde oral, a análise do programa local de saúde e do PNSE permitiram uma fundamentação ampla e segura, tendo por base os problemas de saúde identificados. A elaboração de um modelo de plano de sessão para que ambas as unidades funcionais utilizem quando planeiam as atividades a realizar, permite-me demonstrar as minhas competências técnicas e a aptidão para gerir os recursos de forma eficaz, para assim contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados por ambas as unidades funcionais.

A possibilidade de participar nestas experiências ressaltou, ainda, a necessidade e a importância de estabelecer parcerias interinstitucionais sólidas para garantir o sucesso de iniciativas de saúde comunitária. No caso do meu projeto, a parceria estabelecida com o setor da educação (agrupamento de escola) e com a médica dentista, são um exemplo da importância desta associação para o sucesso e robustez das atividades desenvolvidas, ao mesmo tempo que permite respostas às necessidades da comunidade. A existência de uma parceria estreita com o agrupamento de escolas permitiu que os constrangimentos temporais e os de reorganização dos recursos disponíveis fossem colmatados e o projeto decorresse da melhor forma.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais as competências foram alcançadas por meio do envolvimento pessoal e profissional o que fomentou os meus conhecimentos teóricos e a minha evolução enquanto profissional de enfermagem e futura enfermeira especialista em saúde comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública e através disso promover a melhoria contínua do conhecimento para a prestações de cuidados de qualidade à comunidade. Durante todo o processo a constante resiliência apresentada foi a chave para dar respostas às dificuldades que surgissem.

O EEECSOSP, desenvolve uma prática centrada na comunidade enquanto cliente de cuidados e apresenta competências específicas regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em Diário da República (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A primeira competência específica referida, constitui-se em estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19354), sendo que para compor o diagnóstico de situação de saúde da comunidade recorri a um questionário online que possibilitaram identificar as necessidades específicas das crianças na infância escolar, posteriormente à identificação procedi à priorização das necessidades em saúde identificadas através do método de Hanlon.

Durante este processo, deparei-me com a necessidade de realizar reflexões critico-reflexivas no que refere à análise dos dados demográficos, sociais e epidemiológicos que permitem uma fotografia real do estado da comunidade. Durante este processo, deparei-me com a carência de dados atualizados no que refere à saúde oral, nomeadamente do Inquérito Nacional de

Prevalência de Doenças Orais que reporta ao ano de 2015 e que revela um aumento das doenças orais com o avançar da idade, ao mesmo tempo observei a inexistência de dados relacionados com a temática, específicos para a comunidade da área de abrangência do ACES, sendo a informação existente redutora por apenas fazer referência à emissão e utilização dos cheques-dentista. No entanto, da análise do relatório referido anteriormente, é de ressaltar que a coorte dos 10 anos encontra-se com uma percentagem de utilização dos cheques-dentista inferior ao valor de referência estabelecido para 2018, sendo necessário trabalhar com a crianças com idades inferiores a 10 anos, para que seja possível promover futuramente uma maior adesão na coorte dos 10 anos e assim alcançar as metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

A competência de contribuição “para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19354), foi aprofundada através do estabelecimento dos objetivos a alcançar, da conceção de cuidados e do planeamento do projeto “+Sorriso”. Estas atividades requereram a mobilização de conhecimentos específicos e de um envolvimento multidisciplinar, por forma a permitirem a promoção da saúde na comunidade alvo, conforme o delineado, capacitando os intervenientes para a adoção de hábitos de saúde oral saudáveis que, espera-se, futuramente se traduzirão em ganhos de saúde.

O recurso ao método demonstrativo, durante as sessões de educação para a saúde com o grupo de pais e com o grupo de crianças, facilitou a absorção do conhecimento pelos grupos. No caso do grupo de crianças, ainda permitiu a experiência de praticar a técnica de escovagem com supervisão e desta forma consolidar a aprendizagem. No entanto, olhando para trás e caso o recurso temporal o permitisse, uma abordagem a explorar seria estabelecer uma parceria com uma empresa de materiais de saúde oral, por forma a disponibilizar *kits* (escova de dentes, pasta dentífrica com flúor, colutório, ampulheta de dois minutos, identificador da criança e calendário para troca de escovas atempada) às crianças para que as mesmas pudessem ter acesso ao material necessário e adequado para a escovagem dentária, ao mesmo tempo alargar a parceria com a médica dentista por forma a promover, em contexto escolar, o diagnóstico de cárie dentária através da avaliação segundo o índice CPOD e posterior encaminhamento para consulta de medicina dentária com recurso à utilização do “cheque-dentista”.

Para o desenvolvimento da terceira competência referente à integração da “coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19354), a elaboração do projeto “+Sorriso” exerceu um papel preponderante, na medida em que, a Promoção da Saúde Oral encontra-se descrita no Plano Nacional de Saúde e no Plano Nacional de Saúde Escolar enquanto eixo estratégico. Tal acontecimento atesta a pertinência do projeto desenvolvido e o possível impacto, do mesmo na comunidade, ao mesmo tempo que possibilita a aquisição da competência esplanada nesta competência.

Por forma a desenvolver a última competência referida no regulamento, faz referência à realização e cooperação “na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19354), procedi à recolha dos dados estatísticos referentes à temática, assim como dos dados necessários para a caracterização da população à qual o projeto é dirigido através de um questionário direcionado para a saúde oral, tendo a análise destes dados sido realizada de forma rigorosa e fundamentada.

Ao mesmo tempo que ocorreu o descrito anteriormente, a participação em diversas atividades inerentes à USP e à UCC, como a vistoria a uma metalúrgica do concelho no âmbito da Saúde Ocupacional para verificação das condições de trabalho e cumprimento das leis de trabalho, a vistoria a uma escola do 1.º CEB por forma a averiguar as condições de segurança ambientais existentes, a participação em três reuniões de saúde escolar realizadas com os Agrupamentos de Escolas da área de abrangência do ACES com o intuito de definir o plano de ação de saúde escolar para o ano letivo 2023/2024, numa vistoria a uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, por forma a verificar as condições ambientais e de cuidados de saúde prestados aos idosos e o cumprimento da legislação existente para estas instituições, ainda no âmbito das ERPI, participei na vacinação sazonal dos residentes e dos profissionais da instituição na época vacinal 2023/2024, permitiram-me alargar e aprofundar a visão e os conhecimentos em diferentes áreas relacionadas com a saúde da comunidade, contribuindo para uma abordagem integral para a prática de enfermagem na área de saúde comunitária e de saúde pública, assim como para um aprofundamento das competências gerias do enfermeiro especialista e específicas do EEECSOSP.

Em ambas as unidades funcionais, pude vivenciar a importância do trabalho em equipa, da comunicação eficaz e da prática baseada na evidência por forma a prestar cuidados de saúde de qualidade e promover o bem-estar da comunidade. Essas experiências foram fundamentais para o meu crescimento profissional e para consolidar o desenvolvimento das competências essenciais do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública.

Por outro lado, as reflexões realizadas durante as reuniões de orientação tutorial permitiram-me aprofundar a minha capacidade de reflexão crítica sobre a prática profissional, incentivando a procura constante por inovação e melhoria contínua. A jornada percorrida ao longo do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, revelou-se determinante para a construção de uma base de conhecimentos consistente e que se revelam fundamentais para a prática de enfermagem nesta área. Esta jornada de autoconhecimento e desenvolvimento profissional reforçou a minha convicção de que a enfermagem de saúde comunitária e saúde pública é uma área dinâmica, desafiadora e na qual o enfermeiro especialista pode fazer a diferença na comunidade.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório permitiu refletir sobre o percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e sobre a relevância da elaboração e implementação de programas ou projetos direcionados para a comunidade, em particular para a comunidade escolar, sendo o objetivo primordial deste relatório, evidenciar as competências gerais e especializadas adquiridas ao longo do percurso e que irão demarcar o meu perfil enquanto enfermeira especialista nesta área.

O estágio de natureza profissional realizado em duas unidades distintas de um Agrupamento de Centros de Saúde - a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Cuidados na Comunidade - permitiu a compreensão aprofundada das necessidades de saúde da comunidade, o que facilitou a elaboração do diagnóstico de situação de saúde e a definição das estratégias prioritárias devido à colaboração estreita existente entre as duas unidades de saúde.

O projeto “+Sorriso”, desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, surgiu após a identificação da necessidade de intervenção na área da saúde oral em crianças na infância escolar, inscritas no 3.º ano do 1.º ciclo do ensino básico no ano letivo 2023/2024, de um Agrupamento de Escolas inserido no Território Educativo de Intervenção Prioritária. Visto que nesta faixa etária as competências e conhecimentos adquiridos são transmitidos pelos pais e pela comunidade escolar, a saúde escolar e os enfermeiros especialistas que atuam a esse nível conquistam ainda maior evidência e relevância no que refere à promoção da saúde e prevenção da doença.

Após a avaliação a curto prazo do projeto verificou-se que após as intervenções delineadas, o grupo de crianças na infância escolar e o grupo de pais, apresentavam conhecimentos adequados referentes à saúde oral, contudo para observar se os conhecimentos adquiridos se convertam em hábitos e atitudes protetoras da saúde oral existe a necessidade de seguimento do projeto e de uma avaliação do mesmo a longo prazo, que não é possível realizar devido ao período de tempo reduzido, no qual decorreu este estágio de natureza profissional.

O projeto desenvolvido e o percorrer das etapas inerentes ao mesmo, assim como todas as atividades realizadas ao longo do estágio de natureza profissional, possibilitaram a aquisição, o aprimoramento e o fortalecimento das competências do Enfermeiro Especialista.

De referir que, ao longo deste percurso, existiram obstáculos no que refere à intervenção direcionada ao grupo de pais, nomeadamente devido à baixa adesão, deste grupo, às sessões de educação para a saúde e à dificuldade de contacto direto com os pais, sendo os contactos realizados por intermédio do agrupamento de escolas, sendo necessário realizar ajustes face às

dificuldades que surgiam. A dificuldade sentida, relacionada com o contacto direto com os pais, atualmente, ocorre devido à maior sensibilização do grupo de pais e do próprio agrupamento de escolas, no que refere à aplicabilidade do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados da União Europeia no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, onde se enquadra o contacto telefónico e o endereção de correio eletrónico, tornando-se mais difícil a partilha dos mesmos em tempo útil para a aplicabilidade do projeto. Genericamente, as dificuldades encontradas foram ultrapassadas e possibilitaram o crescimento académico, profissional e pessoal.

Em suma, este relatório representa não apenas um marco no percurso académico, mas também o desenvolvimento das competências adquiridas e necessárias para a atuação enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e desta forma para a prestação de cuidados especializados à comunidade e que possibilitem o desenvolvimento e a obtenção de ganhos em saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

Amann, G. P., Monteiro, H., Leal, P., Brito, A. S., André, C., Pinto, F., Alves, G. C. & Guarda, L. (2015). *Programa nacional de saúde escolar 2015*. Direção-Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>

Anderson, E. T., & Mcfarlane, J. (2018). *Community as partner: theory and practice in nursing*. (8.ª Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Associação Americana de Enfermeiros. (2013). *Public health nursing: scope and standards of practice*. (2ª Ed.). Nursesbooks.org.

Azul, A., Céu, A., Ferreira, C. S. & Jordão, M. (2021). *Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025*. Direção-Geral da Saúde. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>

Borges, E., & Martins, T. (2023). Metodologia na construção de projetos de saúde escolar. In T. Martins, & E. Borges (Coord.), *Saúde Escolar: Intervenções de promoção de saúde* (1.ª Ed., pp. 8-12). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Calado, R., Ferreira, C. S., Nogueira, P., & Melo, P. (2015). *III estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/epidemiologico2015ond.pdf>

Calcagnile, F., Pietrunti, D., Pranno, N., Giorgio, G. D., Ottolenghi, L., & Voza, I. (2019). Oral health knowledge in pre-school children: a survey among parents in central Italy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 11(5). 327-333.

Câmara Municipal de ***** [C.M.G]. (2023a). *Rede escolar – portal da educação de ******. https://educacao.cm-*****.pt/rede-escolar

Câmara Municipal de ***** [C.M.G]. (2023b). *Pavilhões desportivos municipais*. https://www.cm-*****.pt/atividade-municipal/desporto/pavilhoes-desportivos-municipais/

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *School health index: a self-assessment and planning guide. Elementary school version*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/healthyschools/shi/pdf/Elementary-Total-2017.pdf>

Chen, L., Hong, J., Xiong, D., Zhang, L., Li, Y., Huang, S., & Hua, F. (2020). Are parents' education

levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC Oral Health*, 20(1), 203. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32652985/>

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. (1.ª Ed.). LivPsic.

Cudmore, L. (2012). Finding a place for the baby: complexity and congestion in the transition to parenthood. *International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 15(1), 77-90.

Dias, J. P. S. S. (2015). *Hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos estudantes na escola secundária alves martins*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18775>

Direção-Geral da Educação. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2030 - saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>

Federação Dentária Internacional. (2017). *Guia para uma boa saúde oral*. <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/Brochura-Boca-Saudavel.pdf>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo*. <https://www.pordata.pt/municipios/ganho+medio+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem+total+e+por+sexo-282>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022a). *Censos 2021 por concelho e regiões: evolução 1960-2021*. https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes/*****-393

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022b). *População residente: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022c). *Taxa bruta de mortalidade*. <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+mortalidade-367>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022d). *Taxa de mortalidade infantil*. <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+mortalidade+infantil-371>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022e). *População residente com 15 e mais anos*

segundo os censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado.
<https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-69>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022f). *Alunos matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: Total e por nível de ensino.*
<https://www.pordata.pt/municipios/alunos+matriculados+nos+ensinos+pre+escolar++basico++e+secundario+total+e+por+nivel+de+ensino-166>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022g). *Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo.*
[https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+desemprego+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario+\(percentagem\)-397](https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+desemprego+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario+(percentagem)-397)

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022h). *Óbitos por algumas causas de morte (%).*
[https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2023). *Carta social da rede de serviços e equipamentos sociais.* <https://www.cartasocial.pt>

Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2017). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, 151(2), 229-231. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28153139/>

Gold, J. T., & Tomar, S. (2016). Oral health knowledge and practices of WIC staff at florida WIC program. *Journal of Community Health*, 41, 612-618. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26699151/>

Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem.*
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5e-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hamana, R. (2019). *Hábitos alimentares e a sua relação com a cárie dentária das crianças observadas na consulta de odontopediatria.* [Tese de Mestrado, Instituto Universitário Egas Moniz]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30620>

Helal, M., Moneim, S. A., & Foad, M. (2022). Parents' knowledge, attitude and practices toward oral health of their children with primary dentition: a cross sectional study. *Journal of Medicine in Scientific Research*, 5 (2), 164-170.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde.* (3.^a Ed.). Lisboa:

Escola Nacional de Saúde Pública.

Kaushik, M., & Sood, S. (2023). A systematic review of parents' knowledge of children's oral health. *Curēus*, 15 (7). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37551253/>

Lameiras, J. (2018). *Relatório sobre o estado do ordenamento do território de ******. Câmara Municipal de ***** .
https://www.cm-*****.pt/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.17-Doc_REOT_DeIC_dez2018.pdf

Lei n.º 46/1986 da Assembleia da República. (1986). Diário da República: I Serie, n.º 237. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1986/10/23700/30673081.pdf>

Maas, A. J. B.M., Vreeswijk, C. M. J. M., Cock, E. S. A., Rijk, C. H. A. M., & Bakel, H. J. A. (2012). "Expectant parents": study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(46), 1471-2393.

Malloy-Diniz, L.F., Kluwe-Schiavon, B., & Grassi-Oliveira, R. (2018). *Julgamento e tomada de decisão*. (1.ª ed.). Pearson.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. (4.ª Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e da saúde pública*. (1.ª Ed.). Lidel-Edições Técnicas.

Ministério da Saúde. (2022). *Morbilidade nos cuidados de saúde primários da região norte*. Observatório Regional de Saúde. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/observatorio-regional-de-saude/morbiliddes/morbilidades-csp/>

Monteiro, M. A. A., Pinheiro, A. K. B., & Leitão, G. da C. M. (2005). Análise do conceito de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(3), 247-252. <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v9n3/11.pdf>

Nicolau, B., Mercenes, W., Bartley, M., & Sheiham, A. (2005). Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. *Journal of Public Health Dentistry*, 65(1). 14-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15751491/>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Médicos Dentistas. (2023a). *Barómetro da saúde oral*. <https://www.ond.pt/observatorio/barometro/barometro-da-saude-oral-2023/>

Ordem dos Médicos Dentistas. (2023b). *Prevenção e higiene oral*. <https://www.ond.pt/publico/prevencao-higiene-oral/>

Organização Mundial da Saúde. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Oral health*. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1

Pereira, C., Veiga, N., Amaral, O. & Pereira, J. (2013). Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2). 158-165. <https://core.ac.uk/download/pdf/70645951.pdf>

Portaria n.º 301/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: I Série*, n.º 58. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/301-2009-605504>

Portaria n.º 310/2012 da Presidência do Conselho de Ministros e dos Ministérios das Finanças e da Saúde. (2012). *Diário da República: I Série*, n.º 196. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/10/19600/0562905631.pdf>

Powell, R. N., Gilhooly, J. T., & McKenna, E. R. (1986). Prevalence and distribution of gingivitis and dental caries in children aged 6-12 years in brisbane primary schools. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 14(2). 110-114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3457674/>

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. (2023). *Sistema de Informação para a Saúde Oral*. <https://www.saudeoral.min-saude.pt/siso/welcome/welcomeUser.action>

Rector, C. L. (2016). *Community and public health nursing: promoting the public's health*. (9ª Ed.). Wolters Kluwer.

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: 2.ª série*, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Saheb, S. A. K., Najmuddin, M., Nakhraan, A. M., Mashhour, N. M., Moafa, M. I., & Zangoti, A. M. (2023). Parents' knowledge and attitudes toward preschool's oral health and early childhood caries. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 16 (2), 371-375. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37519955/>

Schaffer, M., & Strohschein, S. (2019). *Intervenções de saúde pública: Aplicações para a prática de enfermagem de saúde pública*. (2.ª Ed). Departamento de Saúde de Minnesota.

Schultz, P. R. (1987). *When cliente means more than one: extending the foundational concept of person*. *Advances in Nursing Science*, 10(1), 71-86.

Silva, M. da A., Oliveira, A. G. B., Mandú, E. N., & Marcon, S. R. (2006). Enfermeiros & grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enfermagem*, 143-149. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648987007>

Singh, R., Mendiratta, P., Saraf, B. G., Sheoran, N., Saji, S., & Kapil, D. (2022). Knowledge, Attitude and practices of parents toward the oral health of their school-going children in faridabad city. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 15 (5), 549-553. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36865736/>

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.ª Ed). Lusodidacta.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public health nursing population-centered health care in the community*. Elsevier.

Steele, J., Shen, J., Tsakos, G., Fuller, E., Morris, S., Watt, R., Guarnizo-Herreño, C., & Wildman, J. (2015). The interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. *SAGE Journals*, 94(1). 19-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344336/>

Sullivan, M. L., Claiborne, D. M., & Shuman, D. (2022). Oral health literacy inventories for caregivers of preschool-aged children: a systematic review. *Journal of Dental Hygiene*, 96(6). 34-42. https://digitalcommons.odu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1069&context=dentalhygiene_fac_pubs

Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. (2.ª Ed.). Lisboa: Centro de

Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Ministério da Saúde.

Yadav, S. P., Meghpara, M., Marwah, N., Ningam, A. G., Godhani, S., & Chalana, S. (2022). Association of early childhood caries with feeding, dietary habits, and oral hygiene practices among rural and urban school children of jaipur. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 15 (3), 273-279. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35991783/>

Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. (2ª Ed). Artes Médicas.

7. ANEXOS

Anexo I

Questionário de Atitudes e Conhecimentos sobre Saúde Oral

Exmo(a). Sr.(a). Encarregado(a) de Educação,

Chamo-me Alexandra Campos, sou enfermeira e atualmente encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Venho deste modo, solicitar a sua colaboração no preenchimento de um questionário, sobre atitudes e conhecimentos sobre saúde oral.

Com a aplicabilidade deste questionário pretende-se realizar um diagnóstico de situação dos alunos do 2.º ano de escolaridade do 1.º Ciclo do Ensino Básico relativamente aos hábitos de higiene oral e à utilização do “cheque-dentista”.

Posteriormente a este diagnóstico de situação, serão delineadas estratégias, que de forma sustentada, terão como finalidade dar resposta às necessidades evidenciadas relacionadas com a temática em questão.

Em todas as fases deste projeto, serão cumpridos os requisitos e procedimentos éticos que regem a investigação envolvendo a pesquisa com humanos, garantindo nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

A divulgação dos resultados será sempre global, sem nunca revelar a sua identidade ou a do seu educando. O seu consentimento é crucial para a execução deste projeto, ressaltando que poderão suspender a sua participação em qualquer momento, caso deseje, sem que isso implique qualquer prejuízo pessoal.

Em caso de dúvida e/ou esclarecimento, durante o período de realização do projeto, encontro-me disponível através de correio eletrónico, pelo endereço, enfermeira.alexandracampos@gmail.com

O preenchimento deste questionário, deverá durar em média 10 minutos.

Na esperança de poder contar com a sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção dispensada,

Enfermeira Alexandra Campos

(Estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto)

* Indica uma pergunta obrigatória

1. *

Marcar apenas uma oval.

☐ Aceito

Parte I: Caracterização Sociodemográfica

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder às questões de escolha múltipla, assinale a opção que mais se assemelha à realidade.

2. Qual é o ano de nascimento do seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

☐ 2014

☐ 2015

☐ 2016

☐ Outra: _____

3. Qual a descrição que melhor caracteriza a área onde vive o seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Zona de campo ou floresta (Rural)

☐ Conjunto habitacional ou cidade (Urbana)

4. Quais são as suas habilitações literárias completas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 4 anos de escolaridade
- ☐ 4 anos de escolaridade (1.º Ciclo)
- ☐ 6 anos de escolaridade (2.º Ciclo)
- ☐ 9.º ano (3.º Ciclo)
- ☐ 12.º ano (Ensino Secundário)
- ☐ Curso Tecnológico/Profissional
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-Graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Parte II: Caracterização do Consumo de Açúcar

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder às questões, assinale a opção que mais se assemelha à realidade do seu educando.

5. Em média, com que frequência o seu educando consome alimentos ou bebidas açucaradas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca ou menos de 1 vez por mês
- ☐ Uma a três vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas ou mais vezes por semana
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Duas ou mais vezes por dia

6. Em média, com que frequência o seu educando consome leguminosas/carne/peixe/ovos?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca ou menos de 1 vez por mês
- ☐ Uma a três vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas ou mais vezes por semana
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Duas ou mais vezes por dia

7. Na sua opinião o que o seu educando come e bebe influencia a sua saúde oral? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Influência muito
- ☐ Influência pouco
- ☐ Não influencia nada
- ☐ Não sei

Parte III: Caracterização dos Hábitos de Higiene Oral

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder às questões, assinale a opção que mais se assemelha à realidade do seu educando.

8. Na sua opinião, quando deve o seu educando iniciar os hábitos de higiene oral? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Após a erupção do 1.º dente
- ☐ Após o nascimento
- ☐ Após a entrada na escola
- ☐ Não sei

9. Considera importante ter cuidados de higiene oral com os dentes decíduos (dentes de leite do seu educando)?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho opinião

10. Com que frequência o seu educando realiza escovagem dos dentes? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Duas ou mais vezes por dia
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Outra: _____

11. Quando escova os dentes, em média, quanto tempo o seu educando demora nessa escovagem?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de um minuto
- ☐ Entre um a dois minutos
- ☐ Dois minutos
- ☐ Mais do que dois minutos

12. Indique quais os momentos nos quais o seu educando realiza escovagem dos dentes. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Antes do pequeno-almoço
- ☐ Após o pequeno-almoço
- ☐ Após o almoço
- ☐ Após o jantar
- ☐ Antes de deitar
- ☐ Outra: _____

13. Quais são as zonas da cavidade oral nas quais o seu educando realiza escovagem? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Gengivas, dentes e língua
- ☐ Dentes e a língua
- ☐ Dentes e a gengiva
- ☐ Apenas os dentes

14. Onde aprendeu, o seu educando, a escovar os dentes? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Em casa
- ☐ Na escola
- ☐ No centro de saúde
- ☐ No médico dentista / higienista oral
- ☐ Através dos meios audiovisuais (internet, redes sociais, televisão, etc.)

15. Considera importante que o seu educando realize escovagem dentária em ambiente escolar?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho opinião

16. Com que frequência costuma trocar a escova de dentes do seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A cada 3 meses
- ☐ Uma vez por ano
- ☐ Duas vezes por ano
- ☐ Quando entendo que devo trocar
- ☐ Outra: _____

17. O seu educando utiliza uma pasta de dentes com flúor? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei / Não me lembro

18. Qual a quantidade de pasta dentífrica que utiliza o seu educando na escovagem de dentes?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Do tamanho de um grão de arroz cru
- ☐ Do tamanho de um grão de ervilha
- ☐ Do tamanho da cabeça da escova
- ☐ Não sei

19. No final da escovagem dos dentes o seu educando realiza bochecho com água? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

20. Além da pasta e da escova, o seu educando, usa mais algum produto para a higiene oral?

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Colutórios (soluções) orais

☐ Fio dentário / Flosser

☐ Irrigadores orais

☐ Nenhum

☐ Não sei

☐ Outra: _____

21. Costuma supervisionar, o seu educando, durante a escovagem da cavidade oral? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

22. Considera importante a promoção da saúde oral e dos hábitos de higiene oral em context escolar?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Não tenho opinião

Parte IV: Caracterização da Vigilância de Saúde Oral

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder às questões, assinale a opção que mais se assemelha à realidade do seu educando.

23. Considera importante o seu educando visitar regularmente um médico dentista / higienista oral?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho opinião

24. Alguma vez o seu educando foi consultado por um médico dentista / higienista oral? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

25. Com que frequência o seu educando foi consultado por um médico dentista / higienista oral?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A cada seis meses
- ☐ A cada doze meses
- ☐ A cada dezoito meses
- ☐ Nunca
- ☐ Outra: _____

26. Caso, o seu educando, **não** tenha visitado o médico dentista / higienista oral, qual o motivo para não o ter feito?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Considero que o educando não necessita (não tem cáries, etc.)
- ☐ Considero que o educando tem medo
- ☐ Considero que o educando não tem problemas com os dentes
- ☐ Considero caro o preço da consulta
- ☐ Não quero gastar dinheiro em dentistas
- ☐ Não tenho tempo para levar o educando
- ☐ Tenho dificuldade em marcar
- ☐ Não conheço nenhum dentista próximo da minha residência
- ☐ Não se aplica, pois o meu educando já foi ao dentista

27. O seu educando já teve ou tem dentes cariados / "furados" / "podres"? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

28. Quantos dentes cariados/"furados"/"podres" já teve ou tem o seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nenhum
- ☐ Um
- ☐ Dois
- ☐ Três
- ☐ Não sei
- ☐ Outra: _____

29. O seu educando já retirou algum dente no dentista? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim da dentição de leite
- ☐ Sim da dentição permanente
- ☐ Sim da dentição de leite e da dentição permanente
- ☐ Não

30. O seu educando já teve dores de dentes? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

31. Alguma vez foi aplicado verniz de flúor nos dentes do seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

32. Alguma vez foi aplicado selante de fissuras nos dentes do seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

33. Alguma vez foi emitido ao seu educando um "cheque-dentista"? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

34. Alguma vez utilizou o "cheque-dentista" emitido ao seu educando? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Nunca foi emitido nenhum "cheque-dentista" ao meu educando

35. Aos educandos nascidos em 2015 foi emitido no ano letivo 2022/2023 um "cheque-dentista".

O seu educando recebeu "cheque-dentista" no presente ano letivo (2022/2023)?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015

36. Já utilizou o “cheque-dentista” emitido para o seu educando no presente ano letivo (2022/2023)?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015

37. O "cheque-dentista" permite de forma gratuita o acesso a consulta no médico dentista aderente para o diagnóstico, aplicação de selantes de fissuras e tratamento de dentes permanentes com cárie (restauração, extração, desvitalização).

Caso **não** tenha utilizado o “cheque-dentista” do seu educando, qual o motivo para não o ter feito?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Considero que o educando não necessita
- ☐ Considero que o educando tem medo
- ☐ Considero que o educando não tem problemas com os dentes
- ☐ Não tenho tempo para levar o educando
- ☐ Tenho dificuldade em marcar
- ☐ Não conheço nenhum dentista próximo da minha residência
- ☐ Tenho consultas regulares com o meu educando num dentista não aderente a este serviço
- ☐ Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015 ou já utilizou o "cheque-dentista" emitido

38. Qual o prazo de validade para a utilização do “cheque-dentista” emitido para o seu educando no presente ano letivo (2022/2023)?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Até 31 de outubro de 2023
- ☐ Até 31 de agosto de 2024
- ☐ Até 31 de dezembro de 2023
- ☐ Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015
- ☐ Não sei / Não me lembro

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo II

Operacionalização das variáveis

Variável	Definição Concetual	Definição operacional
Variáveis Sociodemográficas		
Ano de nascimento	Entendido como o tempo decorrido em dias, meses e anos desde o período do nascimento (Scheider & Irigaray, 2008).	Questão fechada com quatro opções: 2014; 2015; 2016; outra.
Área de residência	Descreve-se como o “lugar onde se mora habitualmente” (Porto Editora, 2023a, s.p.)	Questão fechada dicotômica (zona de campo ou floresta [rural] / conjuntos habitacional ou cidade [urbana]).
Habilitações literárias	Descreve-se como o “Nível escolar detido pelo trabalhador” (Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, 2023, s.p.)	Questão fechada com 10 opções: Menos de 4 anos de escolaridade; 4 anos de escolaridade (1.º Ciclo); 6 anos de escolaridade (2.º Ciclo); 9.º ano (3.º Ciclo); 12.º ano (Ensino Secundário); Curso Tecnológico/Profissional; Licenciatura; Pós-Graduação; Mestrado; Doutoramento.
Variáveis da Caracterização do Consumo de Açúcar		
Consumo de alimentos/bebidas açucaradas	Desta forma, a frequência da ingestão alimentar, de acordo com a literatura permite a avaliação do consumo alimentar, e sob o ponto de vista profissional, é realizada para fornecer dados para o desenvolvimento e implementação de planos (Fisberg et al., 2009).	Questão fechada com cinco opções: Nunca ou menos de 1 vez por mês; Uma a três vezes por mês; Uma vez por semana; Duas ou mais vezes por semana; Uma vez por dia; Duas ou mais vezes por dia.
Consumo de leguminosas/carne/peixe/ovos		Questão fechada com cinco opções: Nunca ou menos de 1 vez por mês; Uma a três vezes por mês; Uma vez por semana; Duas ou mais vezes por semana; Uma vez por dia; Duas ou mais vezes por dia.
Influência da alimentação na saúde oral	A alimentação é parte integrante da saúde oral. Conhecer e identificar os alimentos cariogênicos e cariostáticos permite a adequação das intervenções por forma a melhorar os hábitos alimentares (Touger-Decker & Mobley, 2007 como citado em Hamana, 2019).	Escala tipo <i>Likert</i> com as opções: Influência muito; Influência pouco; Não influência nada; Não sei.
Variáveis da Caracterização dos Hábitos de Higiene Oral		
Início dos hábitos de higiene orais	Momento no qual começou a realizar cuidados de higiene oral no estudante.	Questão fechada com quatro opções: Após a erupção do 1.º dente; Após o nascimento; Após a entrada na escola; Não sei.
Importância dos cuidados de higiene oral com os dentes decíduos	Valor atribuído pelo encarregado de educação aos cuidados de higiene com os dentes decíduos (“dentes de leite”).	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não tenho opinião.

Frequência de escovagem dos dentes	Grandeza física que indica o número de vezes em que o estudante realiza escovagem dos dentes num determinado período de tempo.	Questão fechada com quatro opções: Duas ou mais vezes por dia; Uma vez por dia; Uma a duas vezes por semana; Outra.
Tempo de escovagem dos dentes	Quanto tempo demora a realizar cada escovagem de dentes.	Questão fechada com quatro opções: Menos de um minuto; Entre um a dois minutos; Dois minutos; Mais do que dois minutos.
Momentos de escovagem dos dentes	Em que altura ou alturas do dia realiza a escovagem dos dentes.	Questão fechada com seis opções: Antes do pequeno-almoço; Após o pequeno-almoço; Após o almoço; Após o jantar; Antes de deitar; Outro
Zonas da cavidade oral onde realiza escovagem dentária	Quais os locais da cavidade oral onde executa a técnica de escovagem dos dentes.	Questão fechada com quatro opções: Gengivas, dentes e língua; Dentes e a língua; Dentes e a gengiva; Apenas os dentes.
Local de aprendizagem da escovagem dos dentes	Onde aprendeu o educando a técnica de escovagem dos dentes.	Questão fechada com cinco opções: Em casa; Na escola; No centro de saúde; No médico dentista / higienista oral; Através dos meios audiovisuais (internet, redes sociais, televisão, etc.).
Importância da escovagem dentária em ambiente escolar	Valor atribuído pelo encarregado de educação à realização de escovagem dos dentes do estudante na escola.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não tenho opinião.
Frequência de troca da escova de dentes	Grandeza física que indica o número de vezes que muda de escova dentária num determinado período de tempo.	Questão fechada com cinco opções: A cada 3 meses; Uma vez por ano; Duas vezes por ano; Quando entendo que devo trocar; Outro.
Pasta de dentes com flúor	Utiliza ou não um produto para higienização dos dentes com a presença na composição de um elemento químico designado flúor.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não sei/Não me lembro.
Quantidade de pasta dentífrica para a escovagem	Porção de produto para higienização dos dentes utilizada em cada escovagem.	Questão fechada com quatro opções: Do tamanho de um grão de arroz cru; Do tamanho de um grão de ervilha; Do tamanho da cabeça da escova; Não sei.
Bochecho com água	Colocação de água na boca após a escovagem dentária e agitação da mesma com o movimento das bochechas.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não sei.
Produtos utilizados na higiene oral	Quais os produtos que utiliza para higienização dos dentes, para além da pasta e da escova.	Questão fechada com seis opções: Colutórios (soluções) orais; Fio dentário/Flosser; Irrigadores orais; Nenhum; Não sei; Outra.
Supervisão da escovagem	Poder ou responsabilidade do encarregado de educação para	Questão fechada dicotómica (Sim / Não).

	controlar e orientar a escovagem dentária.	
Importância da promoção da saúde oral e dos hábitos de higiene oral em contexto escolar	Valor atribuído pelo encarregado de educação ao “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (Organização Mundial da Saúde, 1986 como citado em Santos et al., 2015) na escola.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não tenho opinião.
Variáveis da Caracterização da Vigilância de Saúde Oral		
Importância de visitar regularmente um médico dentista/higienista oral	Valor atribuído pelo encarregado de educação à realização de consultas de medicina dentária.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não tenho opinião.
Realização de consulta médica dentária/higienista oral	Efetua ou não consultas de medicina dentária com o estudante.	Questão fechada dicotómica (Sim / Não).
Frequência de consulta médica dentária/higienista oral	Grandeza física que indica o número de vezes em que realiza consulta de medicina dentária num determinado período de tempo.	Questão fechada com cinco opções: A cada seis meses; A cada doze meses; A cada dezoito meses; Nunca; Outra.
Não realização de consulta médica dentária/higienista oral	Motivos ou razão para não efetuar consultas de medicina dentária com o estudante.	Questão fechada com nove opções: Considero que o educando não necessita (não tem cáries, etc.); Considero que o educando tem medo; Considero que o educando não tem problemas com os dentes; Considero caro o preço da consulta; Não quero gastar dinheiro em dentistas; Não tenho tempo para levar o educando; Tenho dificuldade em marcar; Não conheço nenhum dentista próximo da minha residência; Não se aplica, pois o meu educando já foi ao dentista.
Dentes cariados	Descrevem-se como os dentes que apresentam cárie dentária, sendo esta “uma doença multifatorial, infecciosa de origem bacteriana, transmissível, pós eruptiva e influenciada pela dieta. Esta é provocada por bactérias que são responsáveis pela desmineralização das estruturas dentárias” (Dias, 2015, p. 30).	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não sei.
Número de dentes cariados	Quantidade de dentes do estudante que apresentam cárie dentária.	Questão fechada com seis opções: Nenhum; Um; Dois; Três; Não sei; Outra.
Dentes extraídos	Remoção de um ou mais dentes da cavidade oral do estudante.	Questão fechada com quatro opções: Sim da dentição de leite; Sim da dentição

		permanente; Sim da dentição de leite e da dentição permanente; Não.
Odontalgia	Dor de dentes (Porto Editora, 2023b)	Questão fechada dicotômica (Sim / Não).
Aplicação de verniz de flúor	Foi colocado ou não um composto nos dentes do estudante por forma a remineralizar a superfície dentária e prevenir a cárie dentária.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não sei.
Aplicação de selante de fissuras	Foi colocado ou não um composto de resina nos dentes do estudante por forma a prevenir a cárie dentária.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não sei.
Cheque-dentista	Guia que permite acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2022).	Questão fechada dicotômica (Sim / Não).
Utilização do cheque-dentista	Uso ou não do cheque-dentista	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Nunca foi emitido nenhum "cheque-dentista" ao meu educando.
Cheque-dentista emitido	Foi entregue ou não um cheque-dentista ao estudante.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015.
Utilização do cheque-dentista (nascidos em 2015)	Uso ou não do cheque-dentista emitido aos estudantes nascidos em 2015.	Questão fechada com três opções: Sim; Não; Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015.
Não utilização do cheque-dentista (nascidos em 2015)	Motivos ou razão para a não utilização do cheque-dentista emitido aos estudantes nascidos em 2015.	Questão fechada com oito opções: Considero que o educando não necessita; Considero que o educando tem medo; Considero que o educando não tem problemas com os dentes; Não tenho tempo para levar o educando; Tenho dificuldade em marcar; Não conheço nenhum dentista próximo da minha residência; Tenho consultas regulares com o meu educando num dentista não aderente a este serviço; Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015 ou já utilizou o "cheque-dentista" emitido.
Validade do cheque-dentista (nascidos em 2015)	Tempo durante o qual é possível a utilização do cheque-dentista emitido aos estudantes nascidos em 2015.	Questão fechada com cinco opções: Até 31 de outubro de 2023; Até 31 de agosto de 2024; Até 31 de dezembro de 2023; Não se aplica, pois o meu educando não nasceu em 2015; Não sei / Não me lembro.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Administração e do Emprego Público. (2023). Glossário. <https://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=ae1f4458-4e81-4ad8-8f39-9f5e214c20d1&letra=H>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Cheques-dentista. <https://www.sns24.gov.pt/servico/cheques-dentista/#o-que-sao-cheques-dentista>
- Fisberg, R. M., Marchioni, D. M. L., & Colucci, A. C. A. (2009). Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53(5), 617-624. <https://www.scielo.br/j/abem/a/y96PnbFww5kJDSfdYfpDsqi/?format=pdf&lang=pt>
- Hamana, R. (2019). Hábitos Alimentares e a sua Relação com a Cárie Dentária das Crianças Observadas na Consulta de Odontopediatria. (Tese de Mestrado). Instituto Universitário Egas Moniz. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30620>
- Porto Editora. (2023a). Infopédia: Dicionários porto editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/residência>
- Porto Editora. (2023b). Infopédia: Dicionários porto editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/odontalgia>
- Rodrigues, M. A. (1998). Investigação científica: Operacionalização de variáveis. *Revista Referência*, 1, 77-79. https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CAIQw7AJahcKEfGgi8X_AhUAAAAAHQAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fv02%2Fpa%2Fcontudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D79%26codigo%3D&psig=AOvVaw00PXRHlv3jvM7KI_5Ej-xs&ust=1686912055903620
- Santos, L., Parente, C., Ribeiro, A., & Pontes, A. (2015). *Promoção da saúde: Da investigação à prática*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (1.ª ed). file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/135_c.pdf
- Scheider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593. <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdthHbLvZPLZk8MtMNMmZyb/abstract/?lang=pt>

Anexo III

Determinação das Prioridades

Com o propósito de priorizar as necessidades da comunidade recorreu-se ao método de Hanlon. Este método é uma ferramenta que permite avaliar as necessidades em saúde com base em quatro componentes através da fórmula “Prioridade = (A+B) C x D”, em que a letra “A” faz referência à magnitude do problema, a letra “B” à severidade, a letra “C” à eficácia da solução e a letra “D” à pertinência, exequibilidade económica, aceitação, recursos e legalidade (PERAL) (Hanlon, 1969).

A aplicação deste método foi realizada por um grupo de peritos, nomeadamente, a investigadora, um médico coordenador na USP, uma enfermeira coordenadora na UCC, um médico de saúde pública, uma enfermeira especialista em saúde comunitária e uma médica gestora local da saúde oral.

Método para priorização dos problemas					
Problema identificado	Amplitude	Gravidade	Eficácia	Exequibilidade	Total método Hanlon
Alimentação	6	8	1	1	14
Hábitos de higiene oral	8	9	1	1	17
Vigilância da saúde oral	6	7	1	1	13
Utilização do cheque-dentista	6	7	1	1	13

Anexo IV

Plano de Sessão

Local: Escola de um Agrupamento de Escolas da região norte do país		Data: 12, 13 e 14 dezembro 2023	População-alvo: Crianças na infância escolar matriculadas no 3.º ano do 1.º ciclo do ensino básico no ano letivo 2023/2024	Hora: 10h00 – 11h00 14h00 – 15h00	Duração: Aproximadamente 50 minutos		
Objetivo Geral: Promover a autonomia do grupo de crianças na infância escolar face a necessidades desenvolvimentais: saúde oral;							
	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos	Formadores	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Apresentar a equipa e a temática.	▪ Apresentação da equipa; ▪ Apresentação da temática a abordar na sessão;	Expositivo.	Mestranda.	▪ Computador; ▪ Projetor; ▪ Tela de projeção; ▪ Molde da cavidade oral;	5 minutos	
Desenvolvimento	Melhorar o conhecimento sobre a saúde oral.	▪ Placa bacteriana e cáries; ▪ Materiais necessários para a escovagem dentária; ▪ Zonas da cavidade oral onde realizar escovagem;	Expositivo e Demonstrativo.		▪ Escova; ▪ Pasta dos dentes; ▪ Fio dentário; ▪ Diploma;	30 minutos	▪ Observação direta; ▪ Interesse; ▪ Motivação; ▪ Participação; ▪ Comportamento;

		▪ Técnica de escovagem dentária; ▪ Tempo de escovagem dentária; ▪ Frequência da escovagem dentária; ▪ Frequência de troca da escova dentária.			▪ Livro “Até os Monstros Lavam os Dentes”; ▪ Sinais (Verdadeiro/Falso)		
Conclusão	Sintetizar conteúdos e avaliar o conhecimento.	▪ Resumo dos pontos-chave da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Avaliação da sessão.	Expositivo.			15 minutos	Instrumento de avaliação com afirmações de verdadeiro e falso.

Anexo V

Plano de Sessão

Local: Online	Data: dezembro 2023 e janeiro 2024.	População-alvo: Grupo de pais das crianças na infância escolar matriculadas no 3.º ano do 1.º ciclo do ensino básico no ano letivo 2023/2024		Hora: 18h30 – 19h30	Duração: 60 minutos		
Objetivo Geral: Promover o papel parental desenvolvimental do grupo: vigilância e promoção da saúde oral.							
	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos	Formadores	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Apresentar a equipa e a temática.	▪ Apresentação da equipa; ▪ Apresentação da temática a abordar na sessão;	Expositivo.	• Mestranda; • Médica dentista.	▪ Computador; ▪ Microfone; ▪ Colunas; ▪ Internet; ▪ Molde da cavidade oral;	5 minutos	
Desenvolvimento	Melhorar o conhecimento sobre a saúde oral.	• Alimentos cariogénicos e cariostáticos; • Placa bacteriana e cáries; • Materiais necessários para a	Expositivo e Demonstrativo.		▪ Escova; ▪ Pasta dos dentes; ▪ Fio dentário;	40 minutos	▪ Interesse; ▪ Motivação; ▪ Participação; ▪ Comportamento;

					escovagem dentária; • Zonas da cavidade oral onde realizar escovagem; • Técnica de escovagem dentária; • Tempo de escovagem dentária; • Frequência da escovagem dentária; • Frequência de troca da escova dentária; • Supervisão da escovagem dentária; • Aplicação de fluoretos; • Visitas regulares ao médico dentista; • Cheque-dentista.				▪ Panfleto “Saúde Oral das crianças na infância escolar”.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

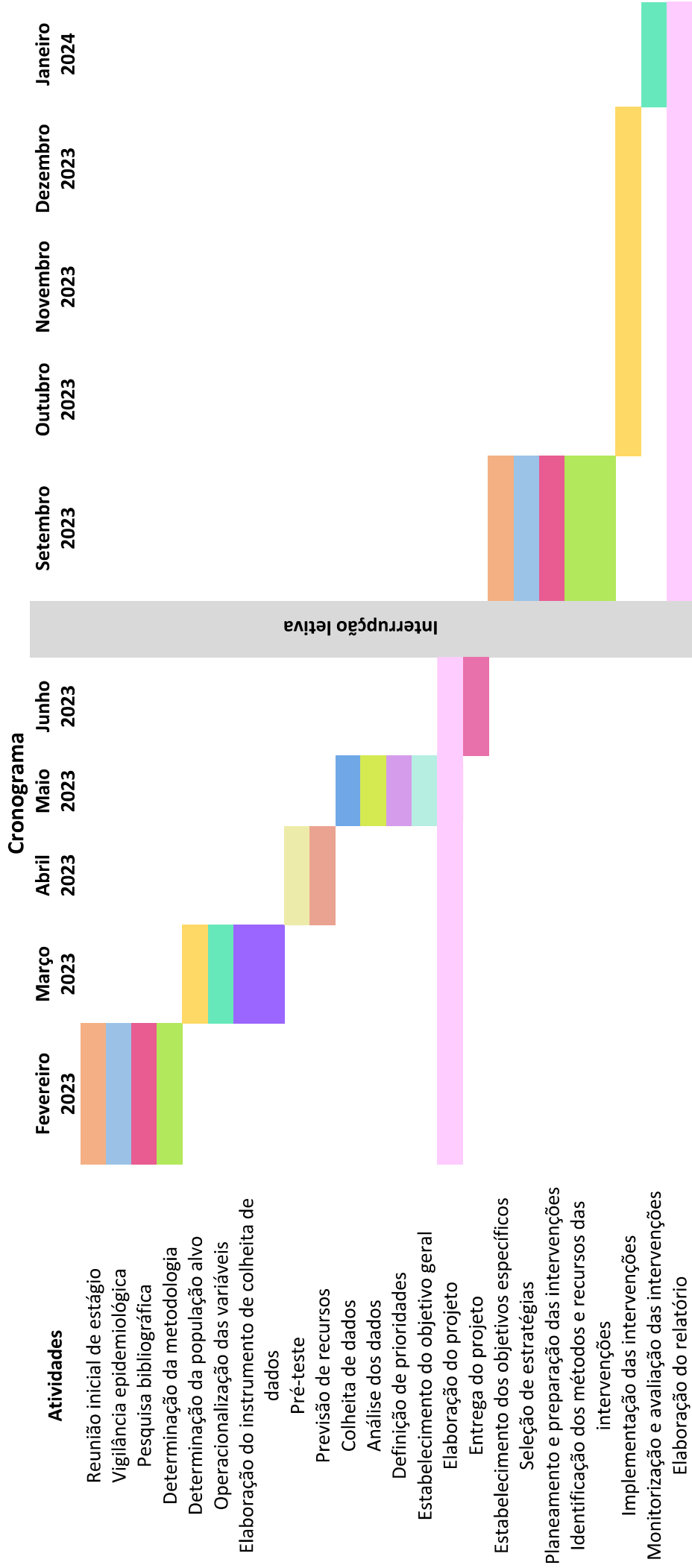
Conclusão	Sintetizar conteúdos e avaliar o conhecimento.	▪ Resumo dos pontos-chave da sessão; ▪ Esclarecimento de dúvidas; ▪ Avaliação da sessão.				15 minutos	Questionário;
------------------	--	--	--	--	--	------------	---------------

Anexo VI



+Sorriso

Anexo VII



Anexo VIII



+Sorriso

A saúde Oral das crianças na infância escolar

Projeto “+Sorriso”

.....
.....
.....

Questionário

Estudantes matriculados no 3.º ano do 1.º Ciclo do
Ensino Básico, no ano letivo 2023/2024, no
Agrupamento de Escolas de Valbom



**CARATERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA**



**CARATERIZAÇÃO DO
CONSUMO DE AÇÚCAR**



**CARATERIZAÇÃO DOS
HÁBITOS DE HIGIENE ORAL**



**CARATERIZAÇÃO DA
VIGILÂNCIA DE SAÚDE ORAL**

.....
.....



SAÚDE ORAL

“Estado da boca, dos dentes e das estruturas orofaciais que permite aos indivíduos desempenhar funções essenciais (...)”
(OMS, 2023, s.p)

É a capacidade de sorrir, falar, cheirar, degustar, tocar, mastigar, deglutir, transmitir emoções através das expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto ou doença.

(Glick et al., 2017)

Alicerça-se na:

- Determinantes socioeconómicos e fatores individuais;
- Alimentação Saudável (alimentos cariogénicos e cariostáticos);
- Higiene Oral e Reforço da resistência dentária;

(Azul et al., 2021)



• • • • •
• • • • •
• • • • •



Importância da Saúde Oral



- **NUTRIÇÃO DA CRIANÇA**
Mastigação, deglutição e digestão
- **GUIAR O CRESCIMENTO DOS OSSOS DA FACE**
Desenvolvimento ósseo e respiração
- **INTEGRAÇÃO SOCIAL**
Impacto na auto-estima, sorrir e falar
- **SÁUDE GERAL**

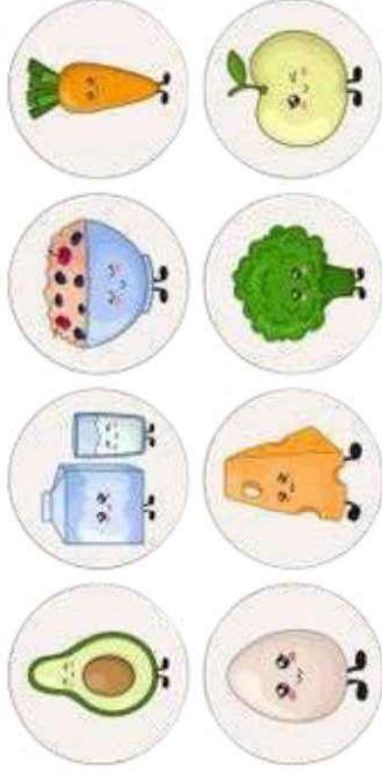


Alimentos Cariostáticos



Não são **metabolizados** pelos **microrganismos** que causam cárie dentária e não promovem a diminuição do pH da cavidade oral para valores iguais ou inferiores a 5,5.

São exemplo destes alimentos os **ovos**, **as carnes**, **os vegetais**, entre outros.

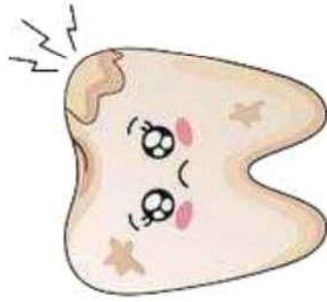
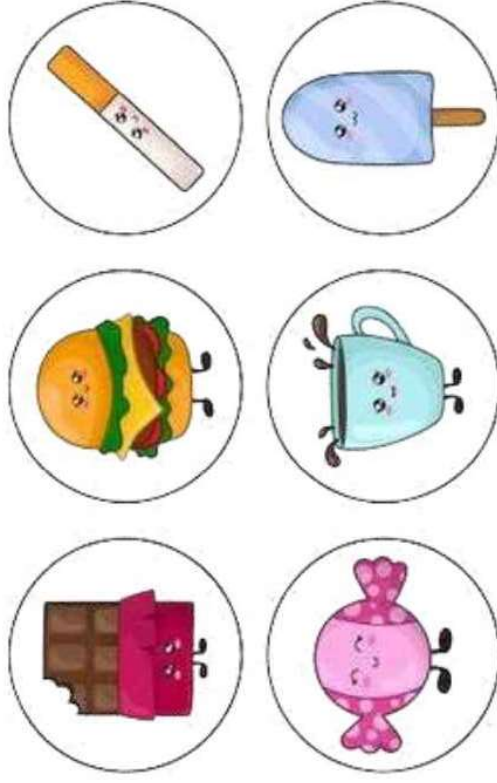


Alimentos Cariogênicos



Contêm **açúcares e hidratos de carbono fermentáveis** por microrganismos, como é o caso dos refrigerantes, doces, *fastfood*, entre outros.

São os principais **responsáveis** pelo aparecimento de **cáries dentárias**.





Importância dos “dentes de leite”

• IMPACTO PSICOLÓGICO E ESTÉTICO

Transtornos comportamentais com repercussão na fala e no sorriso

• DESIQUILIBRIO OCLUSAL

Alteração da dimensão das arcadas e da oclusão

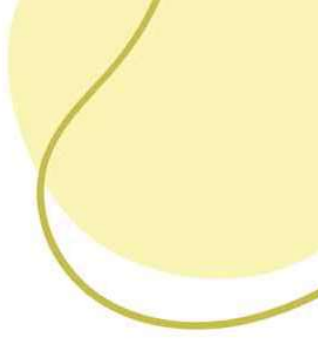
• NUTRIÇÃO

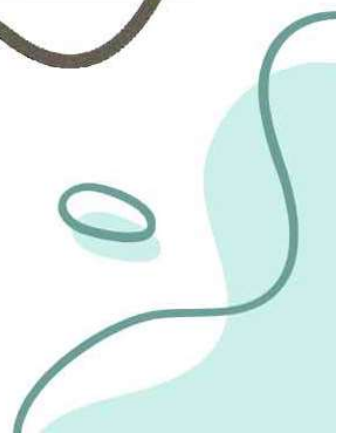
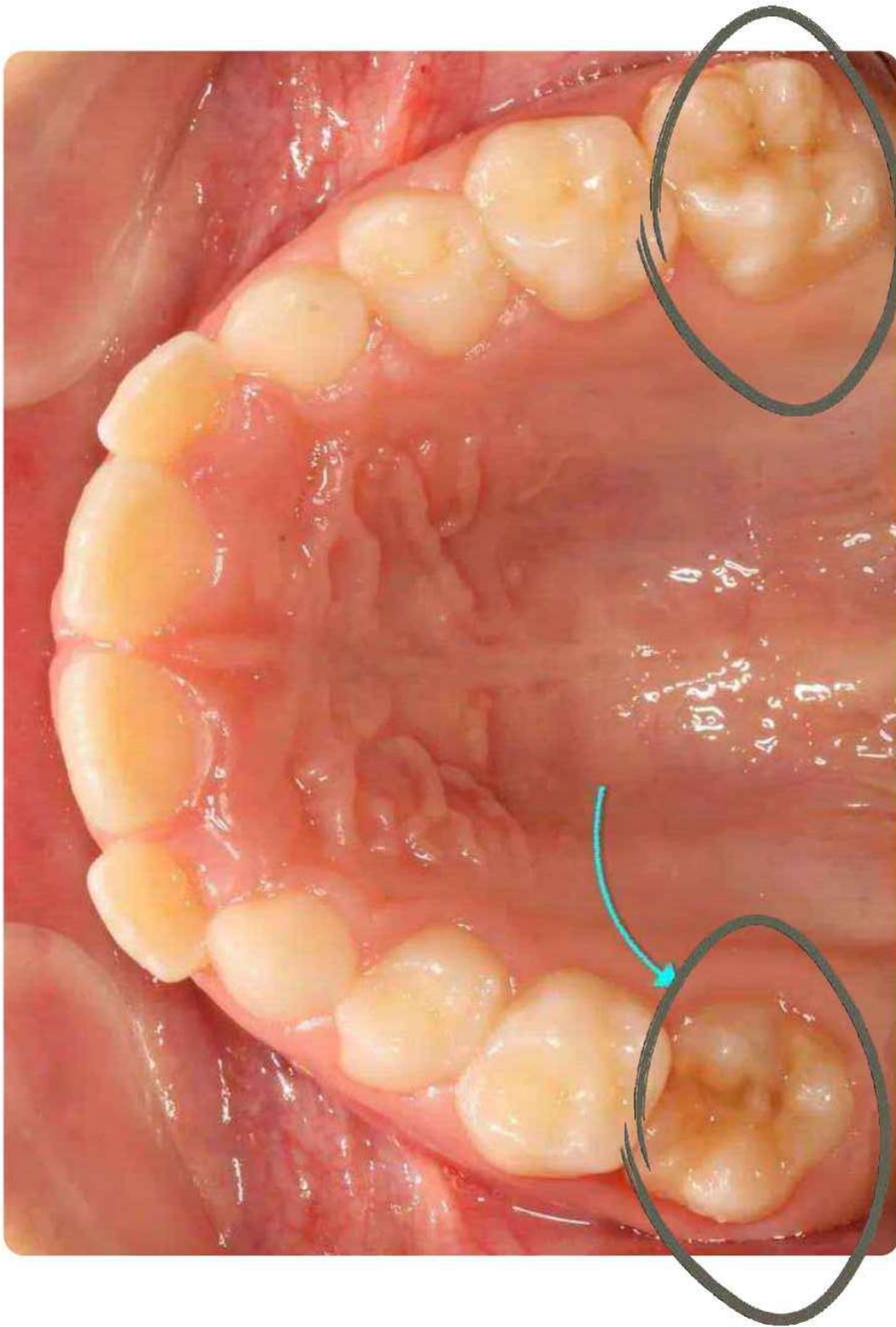
Diminuição da capacidade mastigatória

• PERDA DE ESPAÇO

Retenção parcial ou total dos dentes definitivos e mau posicionamento dentário

• FONAÇÃO

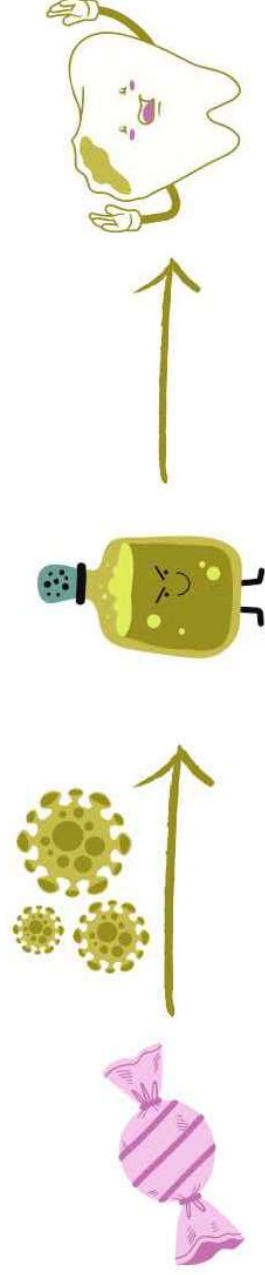




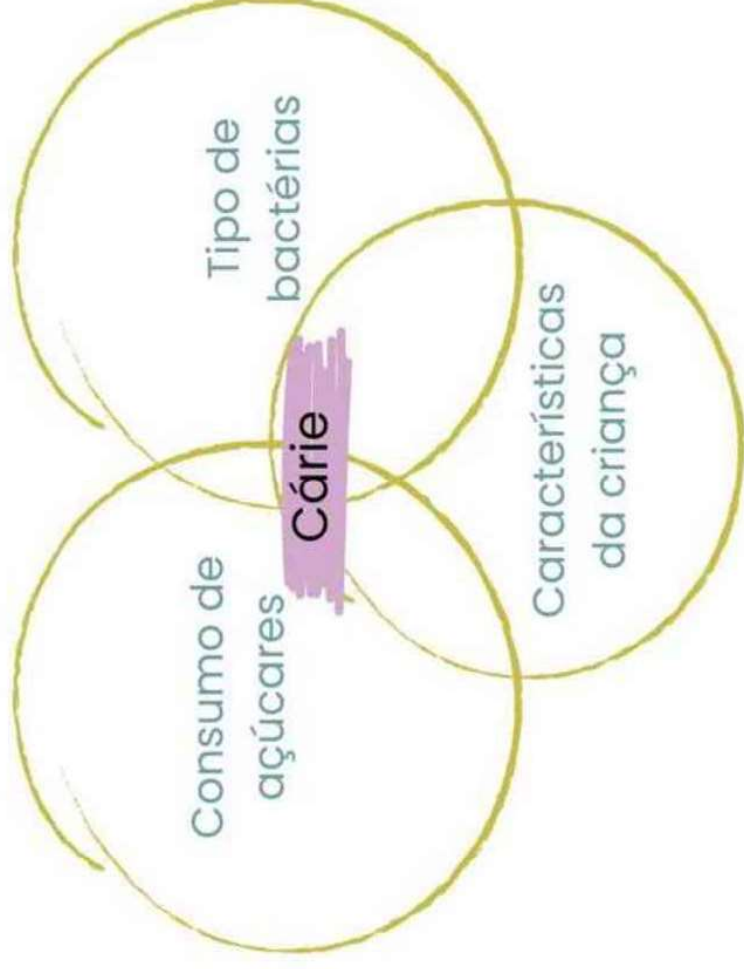
A Cárie Dentária

“doença multifatorial, infecciosa de origem bacteriana, transmissível, pós eruptiva e **influenciada pela dieta**. Esta é provocada por **bactérias** que são responsáveis pela **desmineralização das estruturas dentárias**”.

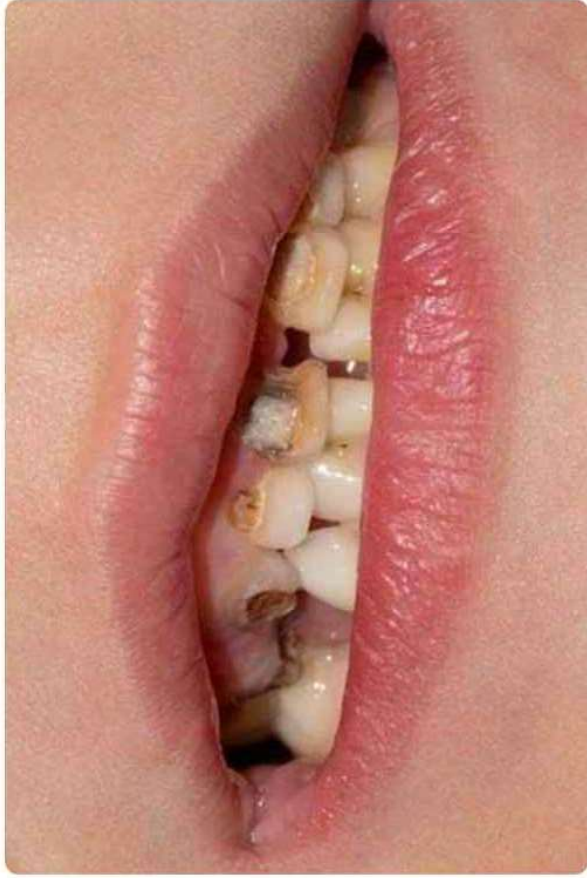
(Dias, 2015, p. 30)



A Cárie Dentária



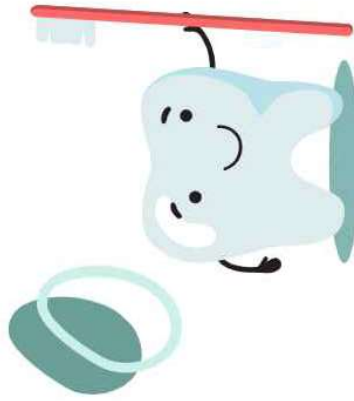
Cárie Dentária



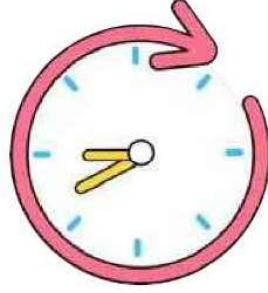
Hipomineralização do esmalte



Promoção da Saúde Oral e Prevenção das Doenças Orais



Escovagem dos dentes com um
dentífrico fluoretado
(1000-1500 ppm)



2 minutos de tempo de
escovarem



2 vezes/dia, sendo uma
obrigatoriamente antes de deitar



Dentífrico

A escovagem dentária deve ser realizada com um **dentífrico fluoretado com 1000 a 1500 ppm**.

Até aos 6 anos a quantidade de dentífrico corresponde ao tamanho da unha do 5.º dedo da criança (“dedo mindinho”).

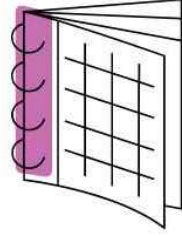
A partir dos 6 anos a **quantidade** é a **equivalente ao tamanho de uma ervilha**.



Escova de dentes

A escova deve ter o tamanho adequado à boca e ser de textura **macia ou média**.

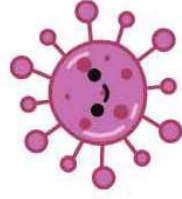
Troca da escova de dentes



3 em 3 meses



Cerdas "abertas"



Escova escura



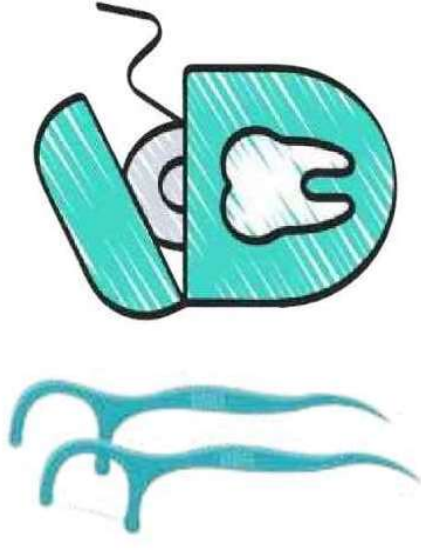
Doença grave



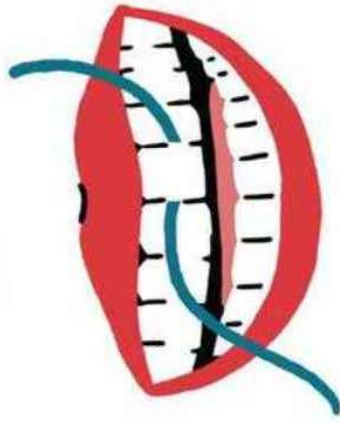
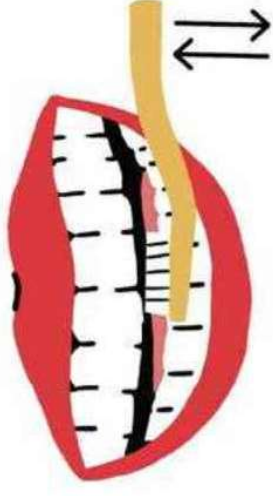
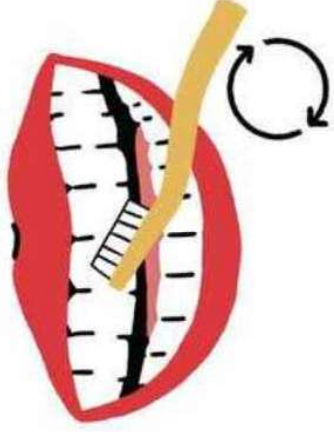
Fio dentário

Permite a **higienização dos espaços interdentários**.

A utilização deste deve ser iniciada assim que possível, sendo que habitualmente é **entre os 8 e os 10 anos** que a criança apresenta a **destreza manual** necessária.



Técnica de escovagem



Cuidados de Medicina Dentária

- Consultas regulares ao médico dentista
- Aplicação de fluretos consoante o risco de cárie dentária
- Aplicação de selantes de fissuras



Aplicação de flúor

Procedimento preventivo que tem como objetivo **fortalecer os dentes** que apresentam **médio e alto risco de desenvolver cárie dentária**.



Selantes de fissuras

Aplicado nas **fissuras dos dentes saudáveis**.
Permite uma **melhor higiene** dos dentes e **impede a entrada de bactérias** nas fissuras.
São utilizados como forma de **prevenção da cárie dentária**.

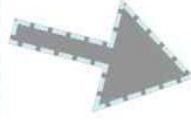


Cheque-dentista

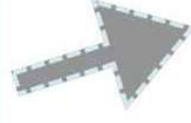
Guia de acesso **gratuito** a um conjunto de cuidados de **medicina dentária**.

(Azul et al., 2021)

Tratamentos abrangidos pelo
cheque-dentista nas idades-chave
(7, 10 e 13 anos)



Aplicação de
selantes de fissuras
nos dentes molares e
pré-molares são



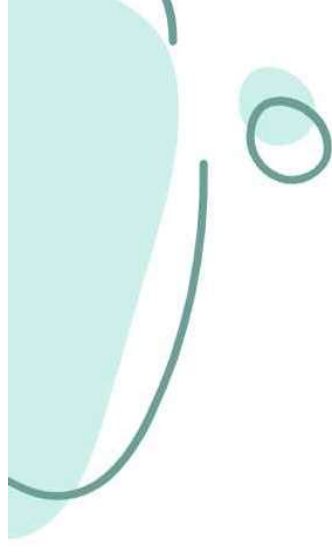
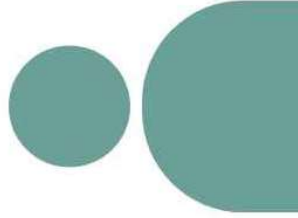
Tratamento de
cáries em dentes
permanentes

Poder ser utilizado em qualquer
ponto do país, num **médico**
dentista aderente ao PNPSO,
disponíveis através de uma **lista**
nacional.

Para mais informações sobre o PNPSO consulte:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>

Dúvidas?





Alexandra Campos

Enfermeira (OE 98515)

Mestranda em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem do Porto

arcampos@arsnorte.min-saude.pt

224 507 400

Maria Inês Moreira

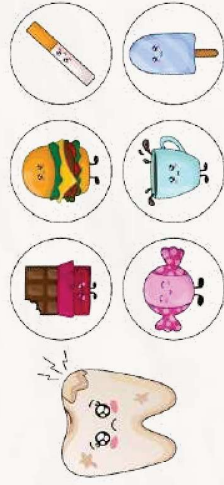
Médica dentista (OMD 15166)

Anexo IX

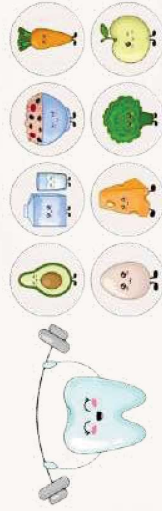
Alimentação e a Saúde Oral

A alimentação tem um papel fundamental na promoção da saúde oral. No mesmo sentido, uma saúde oral incorreta ou insuficiente também se poderá refletir num pior estado nutricional, ao condicionar diretamente o processo de ingestão alimentar.

- **Evite alimentos cariogénicos** (chocolates, *fastfood*, rebuçados, refrigerantes, gomas, entre outros), pois estes **estimulam o processo de formação de cáries** dentárias e apenas devem ser consumidos em dias de festa;



- **Opte por alimentos cariostáticos** (ovos, carnes, peixes, legumes, fruta, entre outros), estes não são metabolizados pelas bactérias, logo não provocam alterações como é o caso das cáries dentárias.



IMPORTANTE

- Escovar os dentes corretamente, sempre no final das refeições, pelo menos, 2 vezes por dia;
- Usar um dentífrico fluoretado com 1000 a 1500 ppm;
- Utilizar *flosser* ou fio dentário diariamente;
- Não realizar bochecho com água no final da escovagem;
- Visitar o médico dentista 1 a 2 vezes por ano;
- Utilizar o cheque-dentista escolar gratuito para as idades-chave (7, 10 e 13 anos de idade).

Baseado no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 e no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) da Direção-Geral de Saúde.

Dezembro de 2023

Saúde Oral das crianças na infância escolar



Alexandra Campos
Mestranda em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Saúde Oral

A saúde oral contribui positivamente para o **bem-estar físico, mental e social**.

Promover os cuidados de higiene oral desde cedo permite a **prevenção das doenças orais**.

Quando iniciar os cuidados de higiene oral?

Os cuidados de higiene oral devem iniciar **logo após o nascimento** utilizando para tal gaze ou dedeira para higienização das mucosas.

Quando iniciar a escovagem dentária?

A escovagem deve ser realizada a partir da **erupção do primeiro dente**, com uma frequência de **2x/dia** sendo uma delas **obrigatoriamente antes de deitar** e com a supervisão e auxílio de um adulto, quando não existir destreza manual suficiente.

A escovagem dentária permite:

- **Remover a placa bacteriana;**
- **Promover a remineralização** dos dentes, tornando-os mais resistentes.



Dentífrico

A escovagem dentária deve ser realizada com um **dentífrico fluoretado com 1000 a 1500 ppm**.

Até aos 6 anos a quantidade de dentífrico corresponde ao **tamanho da unha do 5.º dedo da criança** ("dedo mindinho"). A partir dos 6 anos a quantidade é a equivalente ao **tamanho de uma ervilha**.



Escova de dentes

A escova deve ter o tamanho adequado à boca e ser de textura macia ou média.

A escova é um **objeto intransmissível** e pessoal que deve ser **substituída idealmente de 3 em 3 meses** ou quando os filamentos ("cerdas") ficarem deformados.

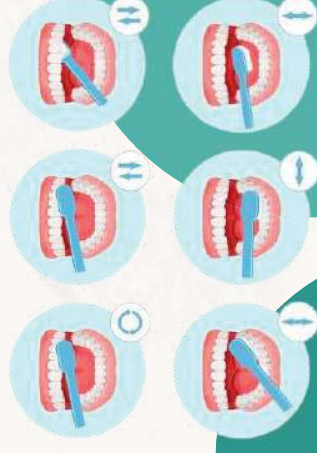
Flosser e Fio dentário

O flosser e o fio dentário permitem a **higienização dos espaços interdentários**. A utilização destes deve ser iniciada assim que possível, sendo que habitualmente entre os 8 e os 10 anos a criança apresenta a destreza manual necessária.



Técnica de escovagem

- Colocar o dentífrico fluoretado na escova;
- Iniciar a escovagem pelos **dentes de cima**, parte externa e de trás para a frente com **movimentos circulares repetidos por 5 vezes**;
- Escovar a parte interna dos dentes de cima e de trás para a frente com movimentos circulares repetidos por 5 vezes;
- Escovar a **superfície mastigatória** dos dentes de cima com **movimentos de vaivém**;
- Repetir todo o processo para os dentes de baixo;
- Por fim, escovar a **língua** com **movimento do tipo varrer por 5 vezes**;
- **Cuspir o excesso de dentífrico sem bochechar com água** por forma a permitir que os fluoretos do dentífrico atuem na superfície dentária e a tornem mais resistente ao aparecimento de cáries dentárias.



Anexo X

Questionário após a Sessão sobre Saúde Oral com o grupo de pais - Projeto "+Sorriso"

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder assinale a opção que lhe parecer mais correta.

* Obrigatória

1

Qual é a escola que o seu educando frequenta? *

- ☐ Escola Básica 
- ☐ Escola Básica 
- ☐ Escola Básica 
- ☐ Escola Básica 

Questionário de Avaliação da Sessão

De forma a avaliar a sessão, agradecemos a sua opinião em relação às seguintes questões.

Instruções de preenchimento: Assinale a opção ("estrela") que lhe parecer mais correta. Sendo a respetiva correspondência:

1 estrela - Muito insatisfeito

2 estrelas - Insatisfeito

3 estrelas - Neutro

4 estrelas - Satisfeito

5 estrelas - Muito satisfeito

2

Qual o seu grau de satisfação com a **utilidade do tema** apresentado? *



3

Qual o seu grau de satisfação com a **adequação da informação** transmitida às suas necessidades? *



4

Qual o seu grau de satisfação quanto à **clareza** do profissional de saúde/formador? *



5

Qual o seu grau de satisfação quanto à **motivação/incentivo à sua participação**, demonstrada pelo profissional de saúde/formador? *



6

Qual o seu grau de satisfação com o **esclarecimento de dúvidas** realizado pelo profissional de saúde/formador? *



7

Qual o seu grau de satisfação com os **suportes de apoio divulgados** (flyers)? *



8

Qual o seu grau de satisfação com a **duração da sessão?** *



9

Sugestões:

Questionário de Conhecimentos sobre Saúde Oral

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder assinale a opção que lhe parecer mais correta.

10

Alimentos ricos em açúcares e hidratos de carbono (bolos, refrigerantes, açúcar, mel, leite achocolatado, rebuçados, fruta cristalizada, entre outros) designam-se por: *

- ☐ Cariogénicos
- ☐ Cariostáticos
- ☐ Anticariogénicos
- ☐ Reguladores

11

Alimentos ricos em proteínas e que não são transformados em ácidos pelos microrganismos (ovos, carne, peixe, hortícolas, entre outros) designam-se por: *

- ☐ Cariogénicos
- ☐ Cariostáticos
- ☐ Anticariogénicos
- ☐ Reguladores

12

Quais são os materiais necessários para a escovagem dentária? *

- ☐ Escova dos dentes e dentífrico com flúor
- ☐ Escova dos dentes e solução oral
- ☐ Dentífrico com flúor, solução oral e fio dentário
- ☐ Escova dos dentes, dentífrico com flúor, solução oral e fio dentário

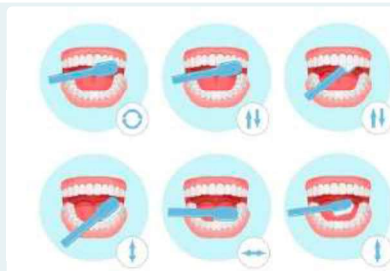
13

Quais são as zonas da cavidade oral onde se deve realizar escovagem? *

- ☐ Dentes
- ☐ Dentes e gengivas
- ☐ Dentes, língua e gengivas
- ☐ Dentes e língua

14

A imagem descreve corretamente a técnica de escovagem dentária. *



- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

15

Qual a duração (tempo) recomendada para a escovagem dentária? *

- ☐ 1 minuto
- ☐ 2 minutos
- ☐ 3 minutos
- ☐ 4 minutos

16

Qual a frequência recomendada para a escovagem dentária? *

- ☐ 1 vez por dia antes do pequeno almoço
- ☐ 1 vez por dia depois do pequeno almoço
- ☐ 2 vezes por dia após as principais refeições
- ☐ 2 vez por dia, sendo uma obrigatoriamente antes de deitar

17

Qual a frequência recomendada para realizar a troca da escova de dentes? *

- ☐ Mensalmente (1x/mês)
- ☐ Trimestralmente (3 em 3 meses)
- ☐ Semestralmente (6 em 6 meses)
- ☐ Anualmente (1x/ano)

18

Quando a criança escova os dentes sozinha, os pais não devem verificar se os dentes da criança estão bem lavados e lavar novamente, sempre que necessário. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

19

A aplicação de fluoretos (selantes de fissuras, verniz de flúor, entre outros) é um tratamento preventivo de cáries dentárias? *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

20

Ir ao dentista apenas quando se sente dor é, definitivamente, demasiado tarde. A prevenção é essencial. Prevenir as doenças orais, ou detetá-las precocemente, é de extrema importância para a sua saúde e bem-estar. Ao visitar o médico dentista regularmente, vai evitar tratamentos prolongados, complicados e dispendiosos. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

21

O cheque-dentista permite de forma gratuita o acesso a consultas de medicina dentária, com médicos dentistas aderentes, para o diagnóstico, aplicação de selantes de fissuras e tratamento de dentes permanentes com cárie *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

Questionário de Atitudes e Conhecimentos sobre Saúde Oral

Este questionário engloba questões relacionadas com a caracterização do consumo de açúcar, caracterização dos hábitos de higiene oral e com a caracterização da vigilância da Saúde Oral.

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder assinala a opção que mais se assemelha à sua realidade.

22

Em média, com que frequência o seu educando consome alimentos ou bebidas açucaradas? *

- ☐ Nunca ou menos de 1 vez por mês
- ☐ Uma a três vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas ou mais vezes por semana
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Duas ou mais vezes por dia

23

Em média, com que frequência o seu educando consome leguminosas/carne/peixe/ovos? *

- ☐ Nunca ou menos de 1 vez por mês
- ☐ Uma a três vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Duas ou mais vezes por semana
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Duas ou mais vezes por dia

24

Considera importante ter cuidados de higiene oral com os dentes decíduos (dentes de leite) do seu educando? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho opinião

25

Costuma supervisionar o seu educando, durante a escovagem da cavidade oral? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

26

Considera importante o seu educando visitar regularmente um médico dentista/higienista oral? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho opinião

27

Alguma vez foi aplicado verniz de flúor nos dentes do seu educando? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

28

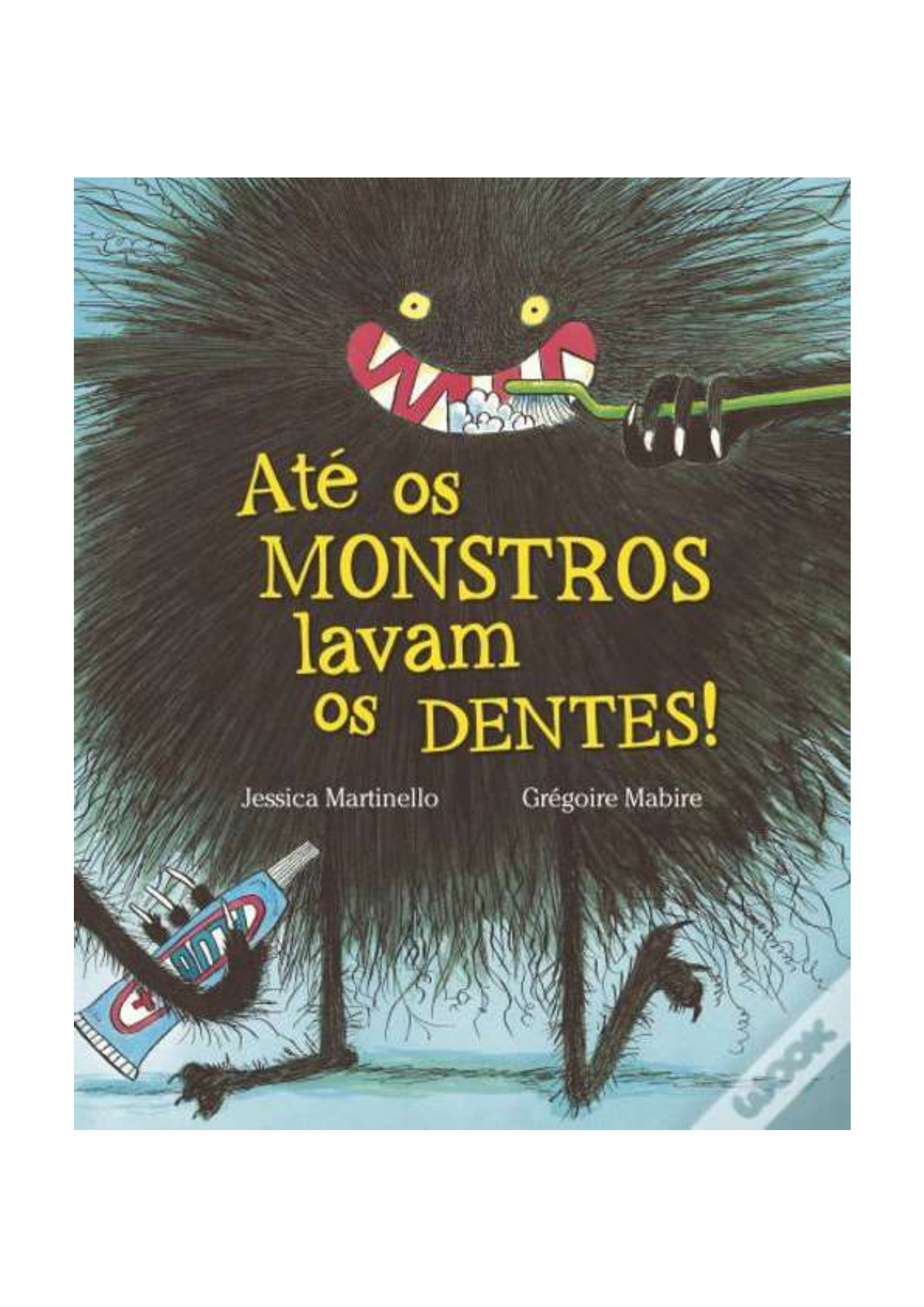
Alguma vez utilizou o "cheque-dentista" emitido ao seu educando? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nunca foi emitido nenhum "cheque-dentista" ao meu educando

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

Anexo XI



Até os MONSTROS lavam os DENTES!

Jessica Martinello

Grégoire Mabire

Anexo XII

CERTIFICADO

Certificamos que o aluno

Concluiu a Sessão de Educação para a Saúde Oral e recebe este certificado em reconhecimento do seu desempenho.

Alexandra Campos
Enfermeira

dezembro de 2023



Instituto de Saúde Bucal
Associação de Saúde Bucal



Associação de Saúde Bucal



Associação de Saúde Bucal
Associação de Saúde Bucal



Anexo XIII

Projeto + SORRISO

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE SOBRE SAÚDE ORAL

Alexandra Campos

Enfermeira (OE 98515)

Mestranda em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde

Pública na Escola Superior de Enfermagem do Porto



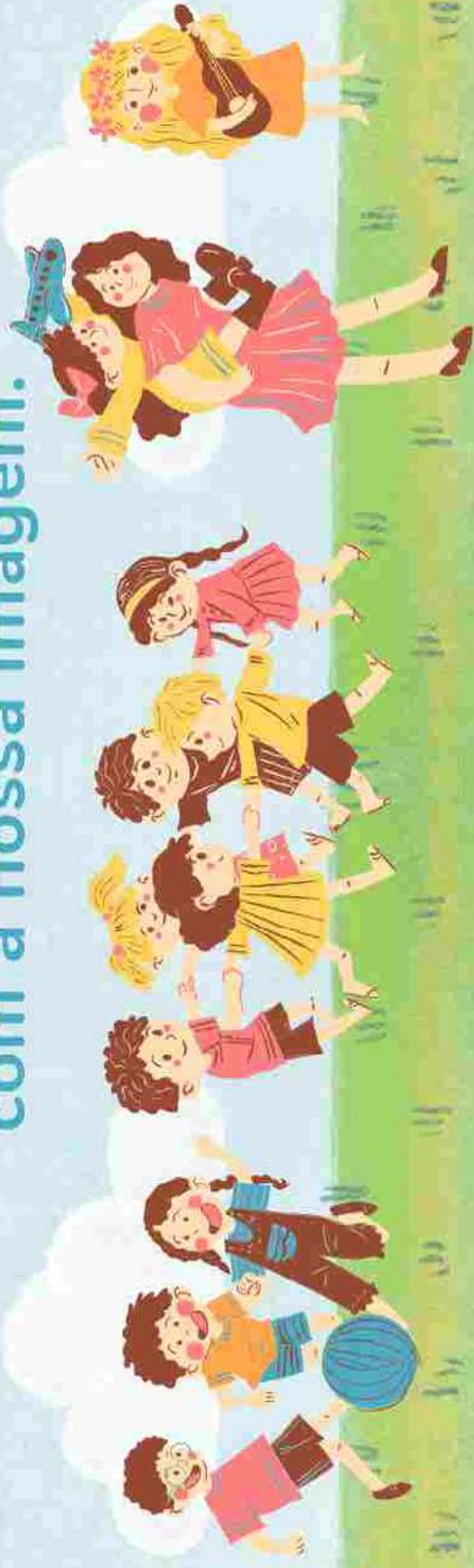
Afirmação 1

Ter uma boca saudável não é importante
para a saúde em geral.



Resposta 1: Falso

Ter uma boca saudável é importante para a saúde em geral. A saúde oral influencia a forma como comemos, falamos, respiramos e é também importante para nos sentirmos bem com a nossa imagem.



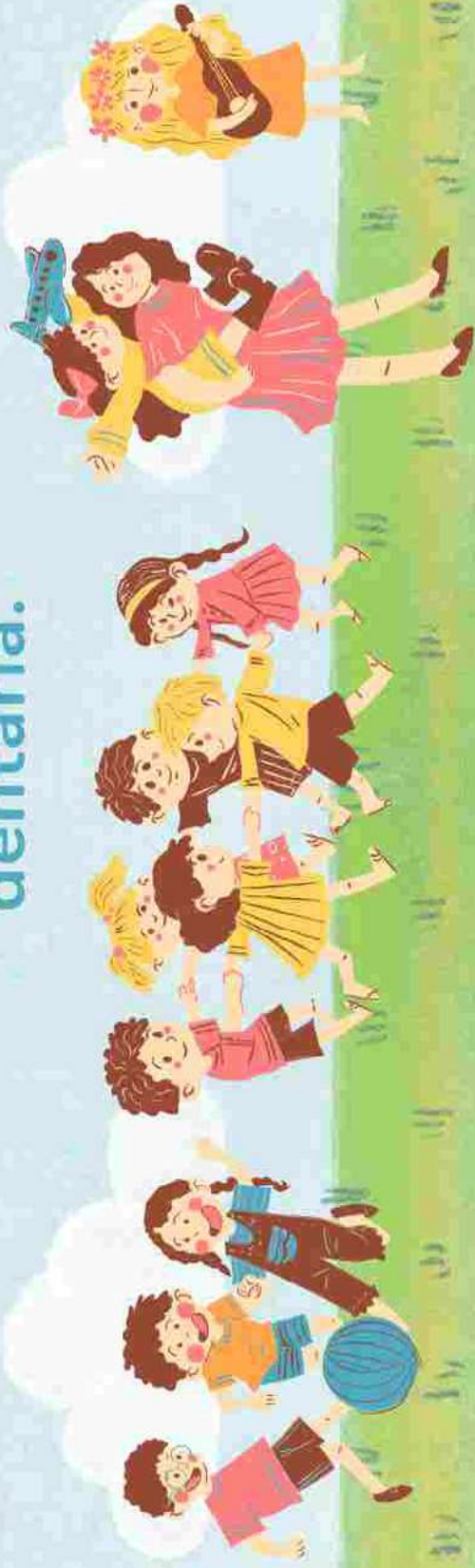
Afirmção 2

Comer fruta, leite e queijo fortalece os dentes.



Resposta 2: Verdadeiro

Alimentos como a carne, o peixe, os ovos, o leite, o queijo, os iogurte, os vegetais e as frutas ajudam a proteger os dentes dos microorganismos que provocam cárie dentária.



Afirmação 3

As cáries atacam os dentes e cavam buracos e estragam o esmalte dos dentes.



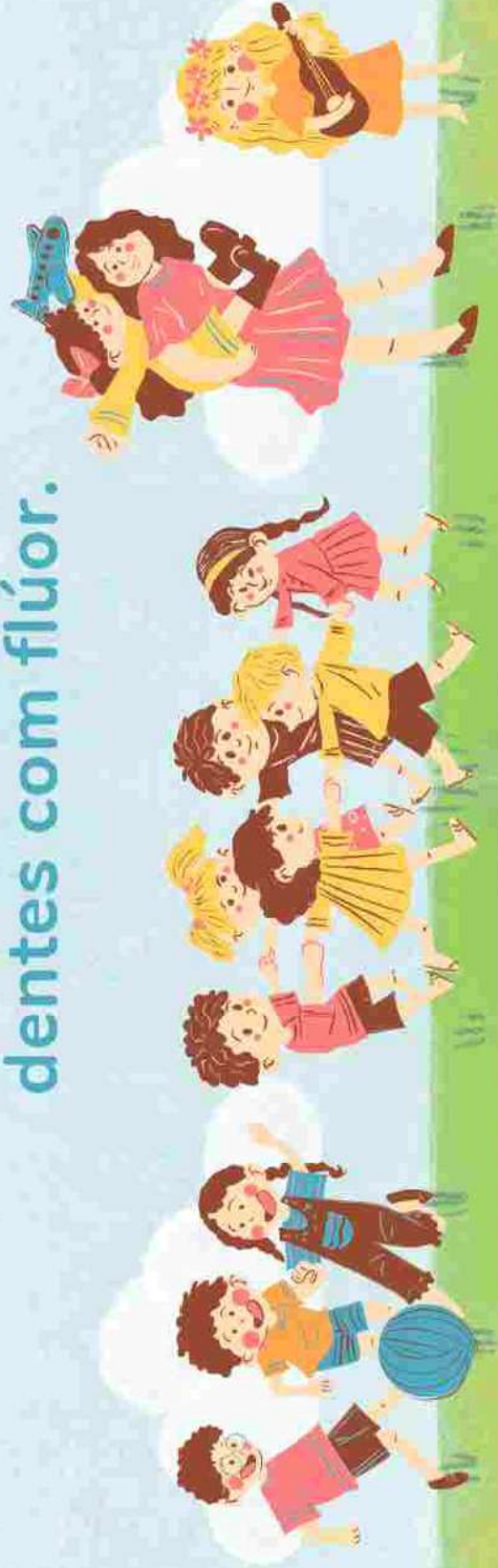
Resposta 3: Verdadeiro

A cárie dentária é causada por bactérias (microorganismos) que enfraquecem os dentes e provocam buracos, estragam o esmalte e por vezes provocam dor.



Afirmação 4

Para escovar os dentes preciso de uma escova de dentes e de uma pasta de dentes com flúor.



Resposta 4: Verdadeiro

Os materiais necessários para a escovagem são a escova de dentes e a pasta de dentes com flúor (1000-1500 ppm).

Pode ainda ser utilizado com complemento, a partir dos 8 anos, o fio dentário.



Afirmção 5

Apenas devo escovar os dentes.



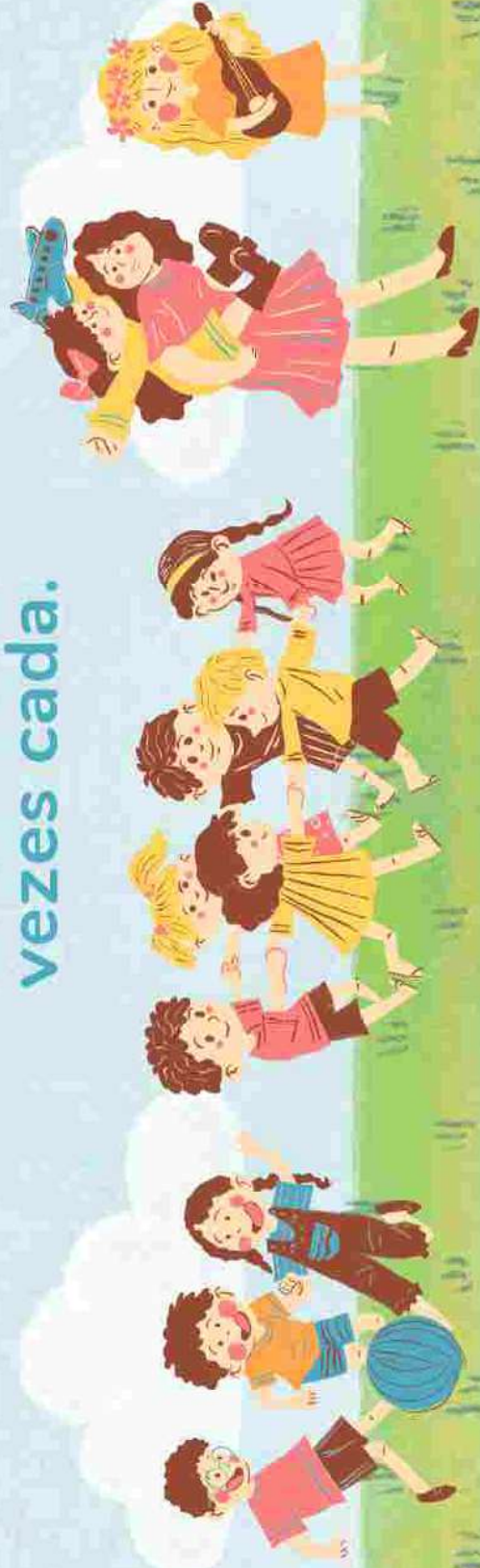
Resposta 5: Falso

A escovagem dentária deve ser realizada nos dentes, gengivas e língua.



Afirmção 6

Ao escovar os dentes devo realizar movimentos circulares, movimentos de vai e vem e movimentos do tipo varrer 5 vezes cada.



Afirmação 7

Devo escovar os dentes apenas durante 1
minuto.



Resposta 7: Falso

Deve realizar-se a escovagem durante pelo menos 2 minutos.



Afirmção 8

Devo escovar os dentes 2 vezes por dia,
sendo uma obrigatoriamente antes de
deitar.



Resposta 8: Verdadeiro

Deve escovar-se os dentes pelo menos 2
vezes por dia, sempre após as refeições e
obrigatoriamente antes de deitar.



Afirmação 9

Devo trocar a escova de dentes de 3 em 3 meses.



Resposta 9: Verdadeiro

Devo trocar a escova de dentes de 3 em 3 meses ou sempre que as cerdas estejam danificadas.



Obrigada pela atenção!



Questionário após a Sessão sobre Saúde Oral com o grupo de crianças - Projeto "+Sorriso"

Instruções de preenchimento: Por favor, dedique atenção ao preenchimento do questionário e responda a todas as perguntas. Para responder assinala a opção que te parecer mais correta.

* Obrigatória:

1. Qual é a escola que frequentas? *

☐ Escola Básica [REDACTED]

☐ Escola Básica [REDACTED]

☐ Escola Básica [REDACTED]

☐ Escola Básica [REDACTED]

Questionário de Avaliação da Sessão

De forma a avaliar a sessão, agradecemos a tua opinião em relação às seguintes questões:

Indicamos de avançadamente: Assinala a opção "estrela" que lhe parecer mais correta. Sendo a respetiva correspondência:

1 estrela - Muito insatisfeito

2 estrelas - Insatisfeito

3 estrelas - Neutro

4 estrelas - Satisfeito

5 estrelas - Muito satisfeito

2. Qual o teu grau de satisfação com a utilidade do tema apresentado? *

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

3. Qual o teu grau de satisfação com a adequação da informação transmitida? *

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

4. Qual o teu grau de satisfação quanto à clareza da profissional de saúde/formadora? *

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

5. Qual o teu grau de satisfação quanto à motivação/incentivo à sua participação demonstrada pela profissional de saúde/formadora? *

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

6. Qual o teu grau de satisfação com o esclarecimento de dúvidas realizado pela profissional de saúde/formadora? *

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

7. Qual o teu grau de satisfação com a duração da sessão? *

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

Questionário de Atitudes e Conhecimentos sobre Saúde Oral

Este questionário aborda questões relacionadas com a caracterização do consumo de açúcar, caracterização dos hábitos de higiene oral e com a caracterização da vigilância da Saúde Oral.

Instruções de preenchimento: Por favor, dedica atenção ao preenchimento do questionário e responde a todas as perguntas. Para responder assinala a opção que te parecer mais correta.

8. Com que frequência realizas a escovagem dos dentes? *

- ☐ Duas ou mais vezes por dia
- ☐ Uma vez por dia
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Outras

9. Quando escovas os dentes, em média, quanto tempo demoras? *

- ☐ Menos de 1 minuto
- ☐ Entre 1 a 2 minutos
- ☐ 2 minutos
- ☐ Mais do que 2 minutos

10. Indica em que momentos do dia realizas escovagem dos dentes. *

- ☐ Antes do pequeno-almoço
- ☐ Depois do pequeno-almoço
- ☐ Depois do almoço
- ☐ Depois do jantar
- ☐ Antes de dormir

11. Quais são as zonas da cavidade oral (boca) nas quais realizas escovagem? *

- ☐ Gengivas, dentes e língua
- ☐ Dentes e língua
- ☐ Dentes e gengiva
- ☐ Apenas os dentes

Esta contabilidade não foi criada nem é aprovada pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

